

18760.00



BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO  
CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA



## Fecundidad, Anticoncepción y Pobreza en Perú\*

\* documento elaborado por la Sra. Susana Guevara, consultora local del Convenio BID/CELADE, como un aporte a los insumos demográficos al *Diagnóstico de Salud*, preparado en el marco del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. El documento fue presentado en el *Seminario Información sobre Población y Pobreza para Programas Sociales*, Lima 4 al 7 de julio, 1995.

Junio, 1995

Programa Regional para la Incorporación del Análisis Demográfico en los Proyectos de Inversión y para la Capacitación en el Uso de la Información Demográfica en la Planificación, Preparación y Evaluación de Proyectos (ATN/TF-4098-RG).

CELADE - SISTEMA DOCPAL  
DOCUMENTACION  
SOBRE POBLACION EN  
AMERICA LATINA

18760.00  
(46248)

## FECUNDIDAD, ANTICONCEPCION Y POBREZA

Susana Guevara Salas



Existen muchas aproximaciones teóricas que han intentado explicar los cambios en la fecundidad y la mortalidad, señalando la existencia de variables contextuales que influyen en esas variables demográficas, como son la educación, actividad económica, sobre todo de la mujer, residencia urbana o rural, entre otras. Además se reconoce la existencia de otras variables a través de las cuales actúan. Estas últimas, conocidas como "intermedias o próximas", actúan directamente en la fecundidad y la mortalidad, especialmente infantil. Algunas de ellas son la nupcialidad, el uso o no uso de métodos anticonceptivos, la edad de la madre, el período intergenésico, la paridez, la lactancia y el aborto.

El estudio del comportamiento reproductivo utilizando las variables contextuales y próximas, ha permitido tener una aproximación explicativa de los cambios demográficos ocurridos. Además han proporcionado suficiente evidencia empírica respecto al comportamiento reproductivo diferencial e inequitativo entre los estratos socio-económicos de la población. Como afirma Martínez<sup>1</sup>, "evidencias indirectas, sobre la base de la estratificación de la población de acuerdo a niveles educativos y grupos socio-ocupacionales, sugieren que los miembros de los hogares pobres tienen un alto crecimiento demográfico relativo, asociado con comportamientos de una más temprana nupcialidad y que se expresan en una mayor fecundidad con relación a otros grupos".

Si bien el estudio de las diferenciales de la fecundidad y la mortalidad infantil ha aproximado al conocimiento del comportamiento reproductivo en situaciones de pobreza, son pocos los casos en los que se ha relacionado directamente los niveles de pobreza con las variables demográficas, por cuanto las fuentes de datos para la medición de la pobreza (los más comunes son los referentes a ingresos), no contemplan datos demográficos.

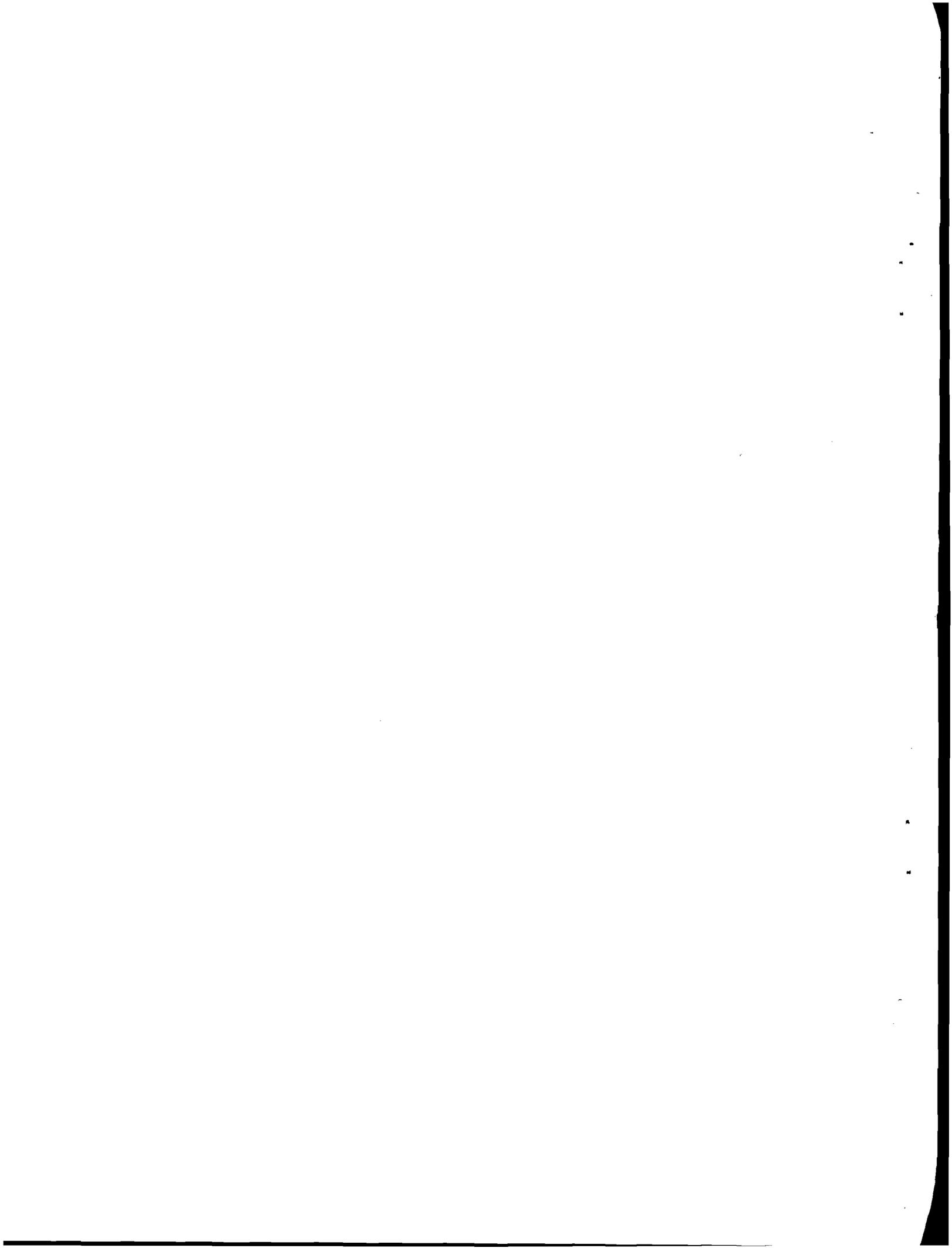
Por otro lado, a pesar de haber múltiples teorías explicativas respecto a la pobreza, no ocurre en forma similar cuando se refiere a su interrelación con el comportamiento demográfico o reproductivo. Esta es una discusión no resuelta y sobretodo se torna difícil cuando se intenta determinar si existe una causalidad entre ellas, o si unas influyen en el comportamiento de las otras<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> MARTINEZ, Jorge. "Algunas interrelaciones entre la pobreza y la dinámica demográfica". En: CELADE. Dinámica demográfica de la pobreza. LC/DEM/R.206. Santiago, Chile. 1994.

<sup>2</sup> MARTINEZ, Jorge. Op.cit.



900018262 - BIBLIOTECA CEPAL



Es importante tomar en cuenta a la familia como unidad de análisis en la pobreza y su relación con el comportamiento reproductivo, porque tal como menciona Fishlow<sup>3</sup>, "las familias aunque constituyen un importante mecanismo para la redistribución del ingreso en un momento en el tiempo son también una importante fuente para transmitir la desigualdad en el futuro. En la medida en que la probabilidad de que un niño genere altos ingresos cuando llegue a la edad de trabajar se vea influida por el ingreso de los padres, la igualdad de oportunidades no prevalecerá y la desigualdad volverá a persistir".

En el presente documento se propone avanzar en el conocimiento de la fecundidad según grados de pobreza para el Perú, así como de la variable próxima más importante en la determinación de sus niveles, la anticoncepción. La primera parte está dedicada a presentar, como marco de referencia la situación de pobreza en el país, a través de distintos enfoques y fuentes.

Luego, se presentan los niveles de fecundidad para la población pobre, en miseria y no pobre tomando en consideración la metodología de necesidades básicas insatisfechas, a partir de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 1991-1992.

### **La Pobreza en el Perú**

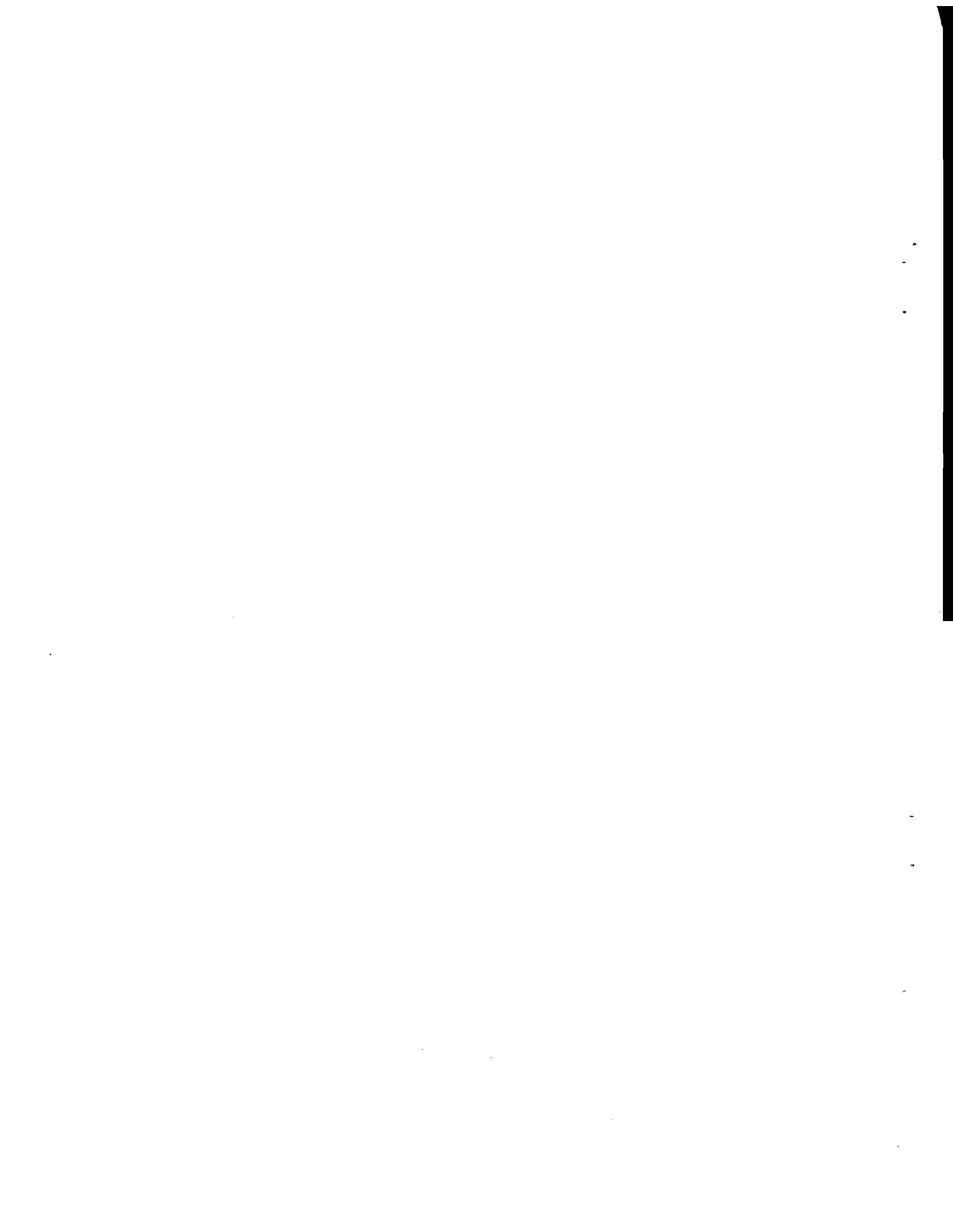
La pobreza es el fenómeno que mejor expresa los problemas asociados al nivel y calidad de vida de la población. Se define la pobreza como la situación en la cual las personas o las familias no pueden satisfacer sus necesidades básicas, limitando con ello su participación en la vida social. Este fenómeno con base económica, tiene repercusiones en toda las dimensiones de la vida de las personas: en el plano educativo, salud, familiar, social y psicológico, limitando el desarrollo integral de las personas.

En América Latina, en los años 60, la pobreza abarcaba a la mitad de la población, esto es a cerca de 110 millones de habitantes. Si bien, en términos porcentuales, los niveles de pobreza fueron en lento descenso hasta la década de los 80, no lo fue así en términos absolutos.

La crisis económica de los años 80 incorpora a nuevas capas de población a la situación de pobreza e indigencia, incrementando los valores porcentuales. En 1980, el 41% de la población de América Latina era pobre y de ellos el 19% vivía en indigencia. En 1990, estas cifras ascienden a 46% y 22%, respectivamente (Cuadro 1).

---

<sup>3</sup> FISHLOW. "Brazilian size distribution of income", en "The American Economic Review". Citado por: UTHOFF, Andras. Interrelaciones entre población y desarrollo. Bases para una polAugust 23, 1995a de población. Seminario sobre población y desarrollo en el Istmo Centroamericano. Nicaragua.1989.



## Cuadro Nº 1

**AMERICA LATINA: EVOLUCION Y COBERTURA DE LA POBREZA**  
(en % y millones de personas)

	1960	1970	1980	1986	1990
<b>Pobreza</b>					
hogares (%)	51.0	40.0	41.0	43.0	46.0
personas (millones)	110	113	136	170	196
<b>Indigencia</b>					
hogares (%)	26.0	19.0	19.0	21.0	22.0
personas (millones)	56	54	62	81	93

Fuente: CEPAL/CELADE. "Población, Equidad y Transformación Productiva". Santiago, Chile. 1993

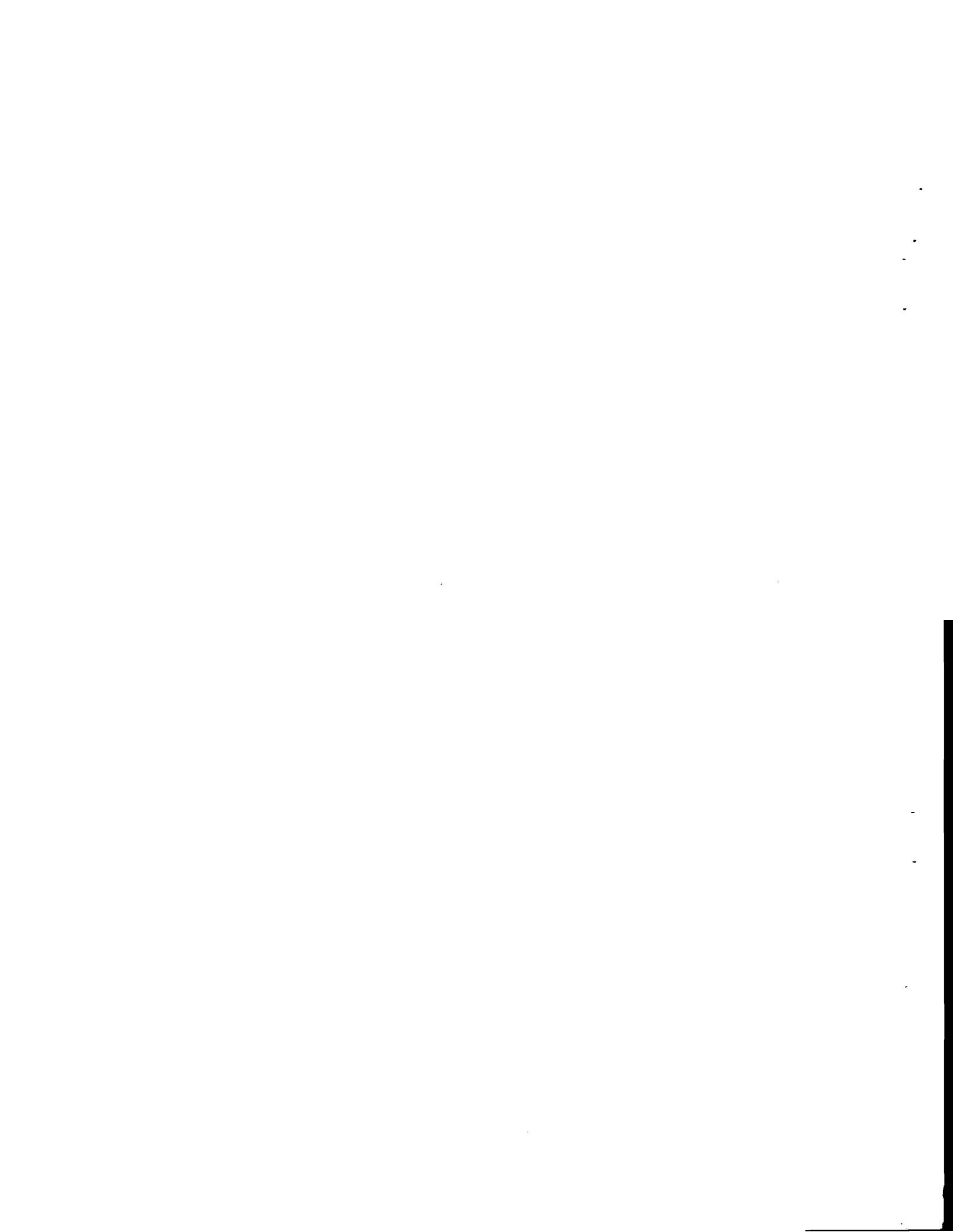
La evolución de la pobreza a nivel regional se caracterizó por pasar de ser un problema netamente rural a ser un problema urbano, sin embargo el nivel de indigencia se incrementó en las áreas rurales.

En el caso del Perú, la tendencia de los niveles de pobreza fue similar a las cifras de América Latina: en 1970, la mitad de la población era pobre, en 1986 se incrementa a 52%, llegando en los años 90 a 54%<sup>4</sup> y en 1994 a 46% (Cuadro 2), según lo calculado con la metodología de Línea de Pobreza.

Hasta los años ochenta, la pobreza en el Perú era básicamente un problema rural. Pero estos años marcan el inicio en el área urbana, de un incremento en los niveles de indigencia, como efecto de las sucesivas crisis económicas experimentadas. Consecuencia de ellas es el deterioro de los ingresos, el aumento del desempleo, especialmente de varones en edades jóvenes y un subempleo creciente, realizando las personas, especialmente las mujeres, actividades en el sector informal. Todo ello conlleva al deterioro de los niveles de vida.

Los niveles de indigencia, no sufrieron mayores modificaciones, entre 1970 y 1994, encontrándose aproximadamente a una quinta parte de los hogares en esta situación y ubicados principalmente en áreas rurales.

<sup>4</sup> FLACSO. Las mujeres en cifras. Perú. 1993



## Cuadro Nº 2

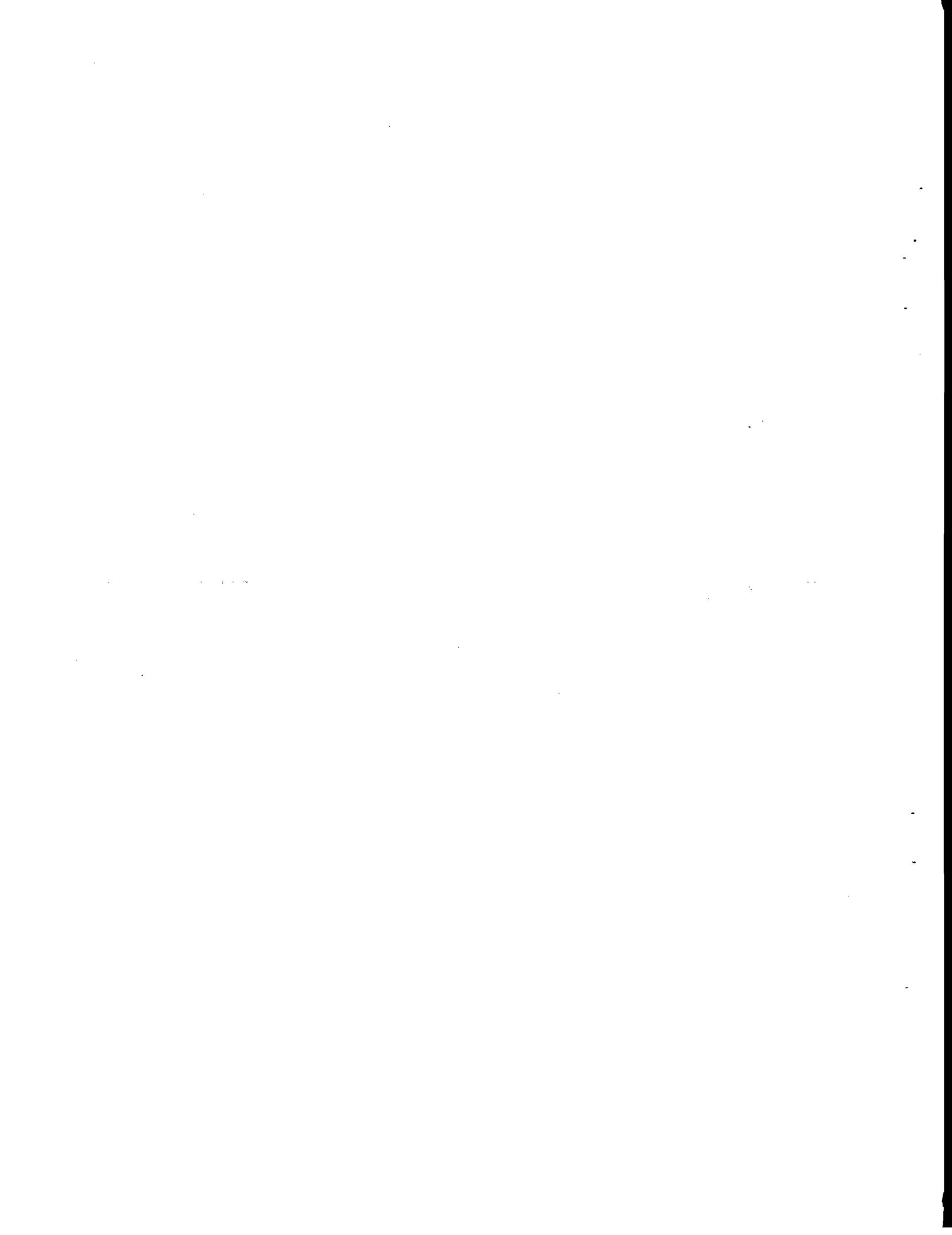
EVOLUCION DE LOS HOGARES EN SITUACION DE POBREZA E INDIGENCIA  
(% de hogares)

	No Pobres	Pobres	Indigentes
<b>1970</b>			
Total	50	50	25
Urbana	72	28	8
Rural	32	68	39
<b>1980</b>			
Total	54	46	21
Urbana	65	35	12
Rural	35	65	37
<b>1986</b>			
Total	48	52	25
Urbana	55	45	16
Rural	36	64	39
<b>1991 (a)</b>			
Total	46	54	22
Lima Metropolitana	51	49	10
Costa Urbana	45	55	22
Sierra Urbana	53	48	19
Sierra Rural	32	68	47
<b>1994</b>			
Total	54	46	18
Lima Metropolitana	67	33	4
Costa Urbana	56	44	13
Sierra Urbana	54	46	15
Sierra Rural	34	66	44

(a) Cifras referidas a la cantidad de población. En 1986 el 52% de los hogares pobres contenía el 53% de la población.

Fuente: Las cifras de los años 1970 a 1991 corresponden a: CEPAL. "El perfil de la pobreza en América Latina a comienzos de los años 90", LC/L.716. Santiago de Chile, 1992. Los datos correspondientes a 1994 son de: FONCODES. "FONCODES: Nota Mensual Nº 10". Lima, Noviembre 1994 y FLORES MEDINA, Rosa. "Aspectos Metodológicos para la determinación de las líneas de Pobreza". FONCODES. Lima, 1995.

El programa de ajuste y apertura al sistema financiero internacional iniciado en 1990 tuvo rápidos resultados a nivel de indicadores macroeconómicos, pero hubo una reducción del gasto social (educación, salud, vivienda, etc), lo cual significó una desatención sobre estos aspectos, a una gran parte de la población que ya estaba empobrecida o que recientemente había caído en esta situación.



Para 1991 se calcula que el 54% de la población se encontraba por debajo de la línea de pobreza y un 22% sólo llegaba a cubrir una canasta básica de alimentos. Estimaciones realizadas para 1994, señalan una mejora en los niveles de pobreza de la población, habiendo disminuído en ocho puntos (46%) entre 1991 y 1994, y en 4 puntos el porcentaje de población en indigencia.

Las diferencias de los niveles de vida de las diversas regiones han continuado, la incidencia de la pobreza en la sierra, sobre todo en la sierra rural, aún es considerable.

### **Magnitud de la Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas**

Otro método de estimación de la pobreza es el índice de las Necesidades Básicas Insatisfechas<sup>5</sup> (NBI), el que se construye en base a indicadores de vivienda, servicios básicos de la vivienda, educación, hacinamiento crítico y dependencia económica, considerándose un hogar que no logra atender el total de las necesidades seleccionadas, se ubica en la categoría de NBI.

De acuerdo a esta metodología en 1981<sup>6</sup>, estima que el 54% de la población total era pobre y 27% de la población total estaba en el nivel de miseria. La población más afectada era la rural, asociada a carencia de servicios básicos, elevadas tasas de analfabetismo y mortalidad infantil. La pobreza urbana se caracteriza por el hacinamiento crítico y el desempleo.

Para 1993, el INEI<sup>7</sup> estima que el 53.9% del total de hogares presentan al menos una necesidad básica insatisfecha, ubicándose el 23.3% en situación de miseria.

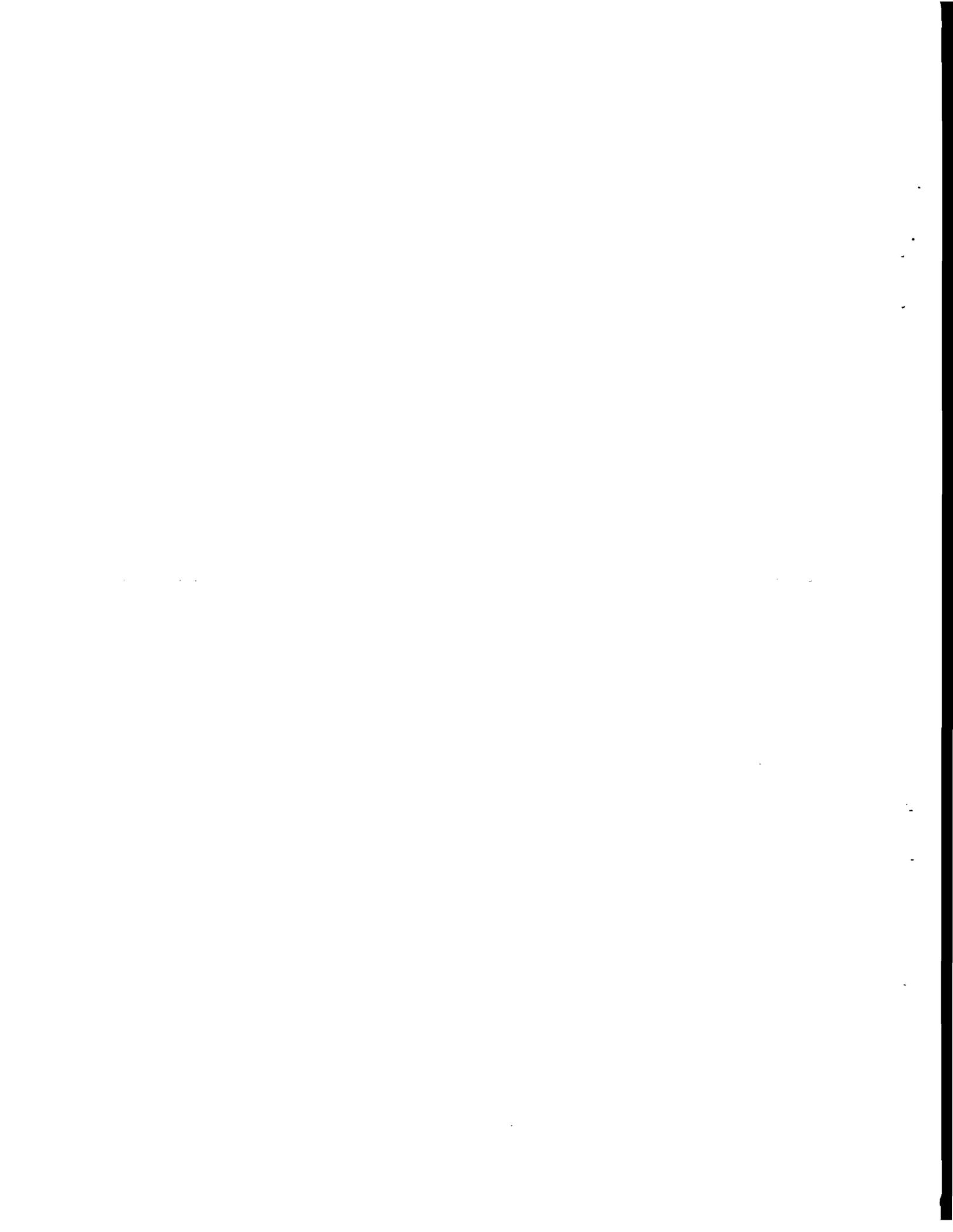
Si bien para ambos años se emplea la misma metodología, la selección de indicadores referentes a condición de la vivienda, presencia de servicios básicos, hacinamiento, escolaridad y dependencia económica, no tienen los mismos criterios, por lo que los resultados no son estrictamente comparables. En este sentido, sólo podríamos afirmar que aún existe una fuerte presencia de hogares, más de la mitad, que no satisfacen al menos una necesidad básica.

---

<sup>5</sup> Existen tres métodos conocidos para estimar la pobreza: Líneas de Pobreza, Necesidades Básicas Insatisfechas y el Método Integrado. Para una mayor explicación de los mismos se puede ver en: KAZTMAN, Ruben. "La heterogeneidad de la pobreza. El caso de Montevideo". Revista de la CEPAL. N° 37. 1989.

<sup>6</sup> Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza. "La pobreza en el Perú. Diagnóstico y Propuestas de política". PNUD/INP., 1990.

<sup>7</sup> INEI. Perú. Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas de los hogares a nivel distrital. Lima, 1994.



Aplicando la metodología mencionada a la Encuesta demográfica y de Salud Familiar 1991-1992<sup>8</sup> se construyó el indicador de NBI diferenciando los indicadores de servicios básicos para las áreas urbanas y rurales, considerándose lo siguiente:

- Hogares en viviendas inadecuadas (piso de tierra);
- Hogares en viviendas sin servicios básicos (se considera a los hogares cuyas viviendas simultáneamente carecen de servicios. Para el área urbana se incluyen a los hogares con viviendas que se abastecen de agua de manantial, río, acequia, agua de lluvia, camión y otra fuente; sin servicio higiénico a los hogares que tienen letrina, carecen de servicios y otros no especificados y, además, se incluyen a los hogares sin electricidad. En el sideró a los hogares que se abastecen de agua de lluvia, camión y otra fuente y a los hogares sin ningún servicio higiénico);
- Hogares con hacinamiento crAugust 23, 1995o (se incluyen a todos los hogares que presentan más de tres personas por habitación);
- Hogares con niños en edad escolar (6 a 12 años) que no asisten a la escuela, y
- Hogares con alta dependencia económica (considera a los hogares que tienen más de tres personas por ocupado y además el jefe del hogar alcanzó primaria incompleta).

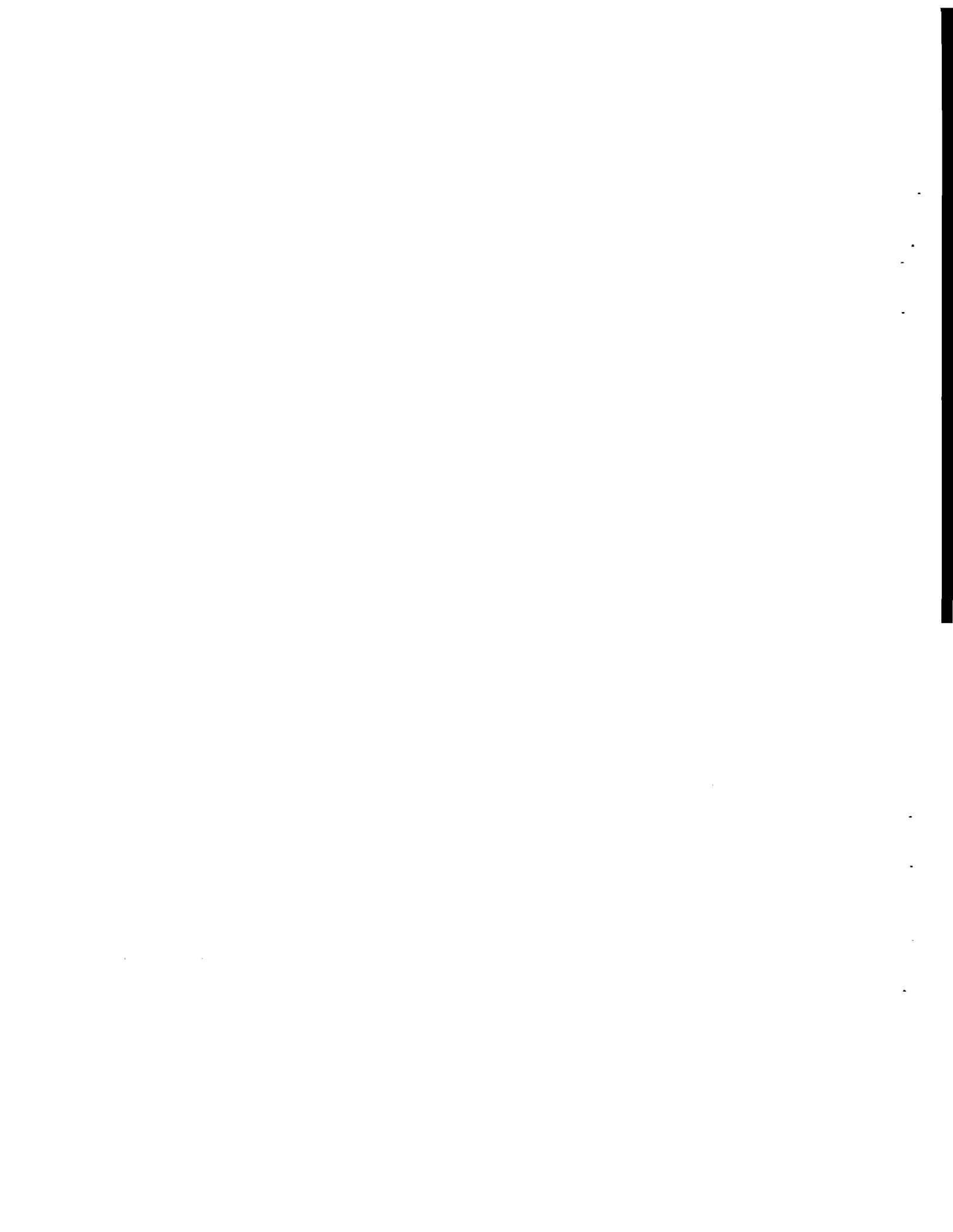
El indicador sintético de NBI se elaboró combinando los indicadores mencionados, clasificándose los hogares de la siguiente manera: hogares no pobres (no presenta ninguno de los indicadores); hogares pobres (presenta al menos alguno de los indicadores) y hogares en miseria (presenta dos o más de los indicadores seleccionados).

A través del indicador de NBI, para 1991-1992 se estimó que el 52.6% de los hogares peruanos tienen por lo menos una necesidad básica insatisfecha, involucrando al 56.3% de la población total (Cuadro N° 3).

Una estimación realizada anteriormente utilizando los mismos indicadores para el área urbana y rural, arrojó un porcentaje mayor de hogares con necesidades básicas insatisfechas: 54.5%, elevándose el porcentaje en el área rural, puesto que el cálculo anterior estimaba un mayor porcentaje de hogares en pobreza (92.7%). El propósito de utilizar indicadores diferenciados para las áreas urbanas y rurales fue de realizar una mejor estimación de los niveles de pobreza. Este ejercicio nos permite afirmar que un mejoramiento mínimo en los servicios básicos contribuiría de

---

<sup>8</sup> INEI. Encuesta Demográfica y de Salud familiar 1991-1992. 1992



manera significativa en el mejoramiento de los niveles de vida de la población.

Como se mencionó anteriormente, la pobreza se hizo extensiva en el área urbana, en comparación de los años anteriores, llegando a involucrar al 39% de los hogares. Sin embargo, en el Perú la pobreza rural sigue teniendo el mayor peso, llegando a alcanzar al 85.9% de los hogares, lo que es, sin duda, una cifra alarmante.

A nivel nacional, del total de pobres, el 32.1% de los hogares tienen por lo menos una NBI, esto es, son hogares en situación de pobreza. Pero, cuando las necesidades básicas son más de una, la quinta parte de los hogares peruanos se encuentran en el nivel de miseria, cifra que se duplica en el caso del área rural, la cual representa cerca de la mitad de la población.

### Cuadro Nº 3

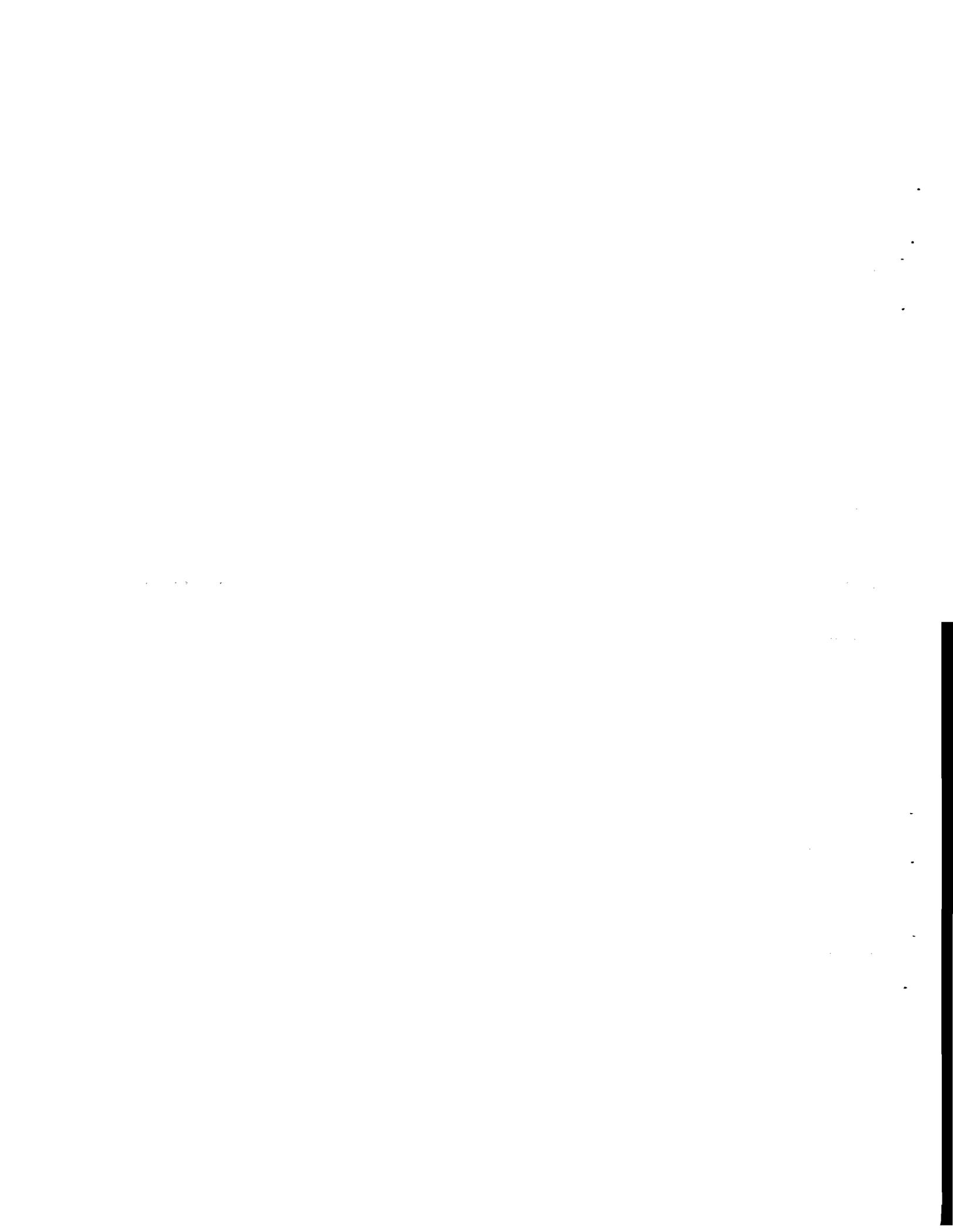
#### PERU: HOGARES Y POBLACION SEGUN NIVEL DE POBREZA 1991-1992 (en porcentajes)

	TOTAL	No Pobres	Pobres	En Miseria
<b>Urbana</b>				
Hogares	100.0	60.7	26.9	12.4
Población	100.0	55.8	28.8	15.4
<b>Rural</b>				
Hogares	100.0	14.1	45.2	40.7
Población	100.0	12.2	38.4	49.4
<b>Total</b>				
Hogares	100.0	47.4	32.1	20.5
Población	100.0	43.7	31.4	24.9

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-1992

Al observar los indicadores eleccionados (Cuadro 4), se encuentra que el mayor grado de insatisfacción de necesidades consideradas presenta en los hogares rurales, quienes en mayor proporción presentan hogares en viviendas inadecuadas, con ausencia de servicios y con hacinamiento crítico.

Es indudable que la condición física de la vivienda repercute en los niveles de salud de la población, sobre todo en los niños



pequeños, puesto que determina condiciones mínimas de salubridad. De la misma manera, contar con los servicios básicos, sobre todo de agua y desagüe, garantizaría la disminución de factores contaminantes y la transmisión de enfermedades parasitarias. Hay que destacar que numerosos estudios han relacionado el descenso de la mortalidad con la mejoría en las condiciones de salubridad.

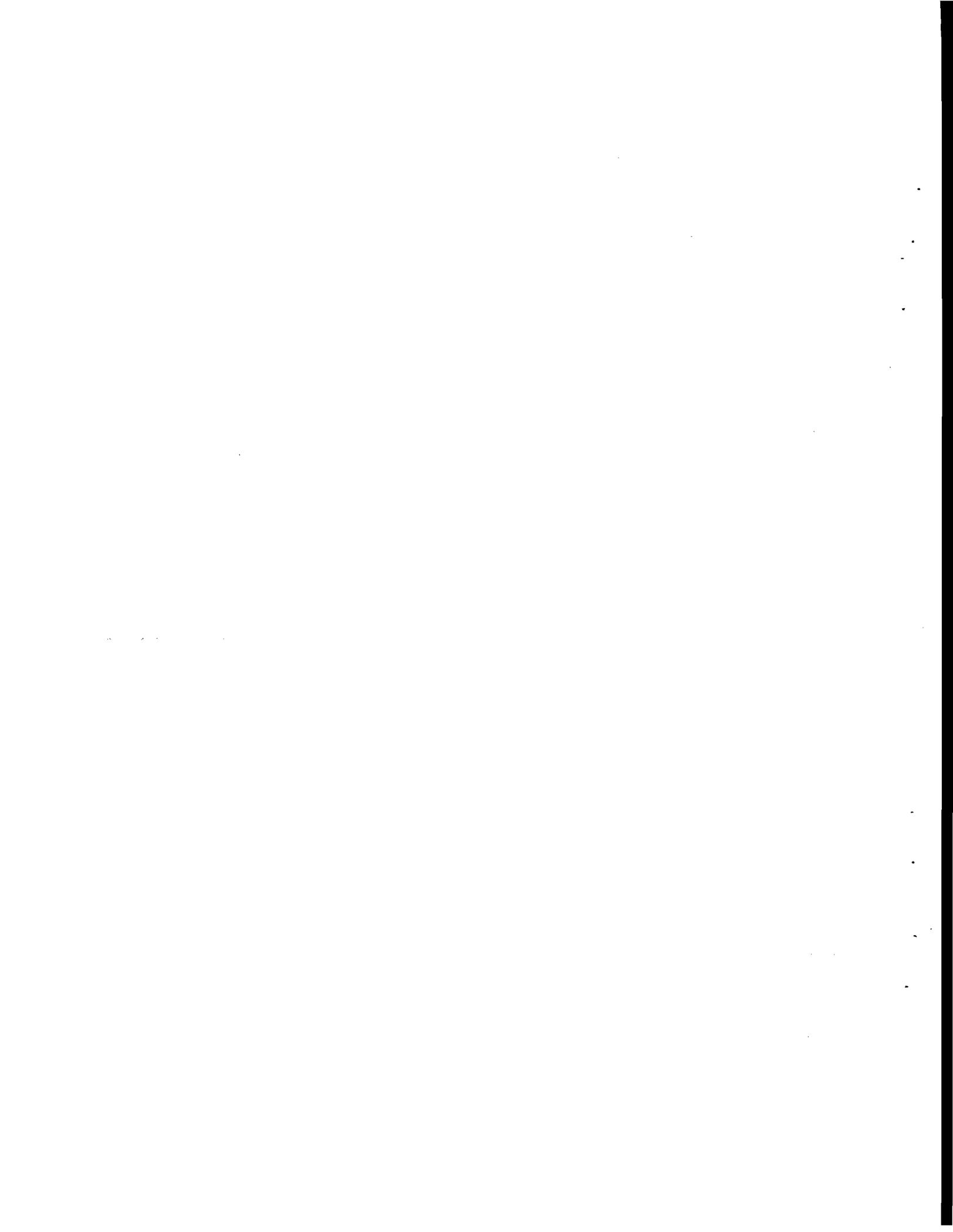
A nivel nacional existe un déficit respecto a la dotación de servicios básicos, tales como agua, desagüe y luz eléctrica. En el área rural también se observa un gran desequilibrio respecto al total nacional, cuando se observan las cifras referentes a viviendas sin servicios básicos (luz eléctrica, agua por red pública y desagüe), duplicando la situación nacional. Esta situación reflejaría la desatención de estas áreas por parte de los programas públicos respecto a saneamiento e instalación de luz eléctrica.

El 30% de los hogares peruanos se encuentra en una situación de hacinamiento crítico, es decir, cuando en una vivienda habitan más de tres personas por habitación. Esta situación se eleva en el caso del área rural, lo que respondería al tamaño y tipo de familia de estas áreas, así como a sus patrones culturales, porque frecuentemente, en las áreas rurales el tipo de familia es extensa o compuesta y las viviendas no tienen la misma configuración de las viviendas urbanas.

Por otro lado, el déficit de viviendas en el Perú puede estar ocasionando el problema del hacinamiento crítico, pues la falta de políticas que favorezcan la construcción de viviendas han impedido el acceso a ellas a una gran mayoría de la población, ocasionando la invasión de tierras alrededor de las ciudades, como una forma de solucionar el problema habitacional.

En el caso de la asistencia escolar, este indicador refleja el porcentaje de niños en edad escolar que no asisten a la escuela, lo cual desde ya limitará las oportunidades futuras de estos niños en cuanto a su desarrollo personal e inserción laboral. Las cifras presentan una mayoritaria asistencia escolar, pero sin embargo, no refleja la calidad en la enseñanza impartida por las escuelas, ni las profundas diferencias entre la educación impartida en escuelas públicas y privadas.

La dependencia económica es un indicador indirecto de los ingresos, combina la ocupación con la escolaridad del jefe del hogar. Se esperaría una mayor dependencia económica, sobre todo como consecuencia del mayor empobrecimiento de la población, pero esta situación llevó a los hogares, sobre todo los más pobres, a buscar algunas estrategias de sobrevivencia como la incorporación de mujeres y niños a la actividad económica, hecho que puede estar distorsionando este indicador.



## Cuadro Nº 4

**PERU: HOGARES POR INDICADORES DE NECESIDADES BASICAS  
INSATISFECHAS, 1991-1992**  
(en porcentajes)

<b>Indicadores</b>	<b>Total</b>	<b>Urbana</b>	<b>Rural</b>
Viviendas inadecuadas	36.6	21.3	74.9
Viviendas sin servicios	2.9	1.5	6.2
Hacinamiento crítico	29.7	24.5	42.8
Inasistencia escolar	6.0	4.4	10.0
Alta dependencia económica	6.0	4.0	11.0

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-1992

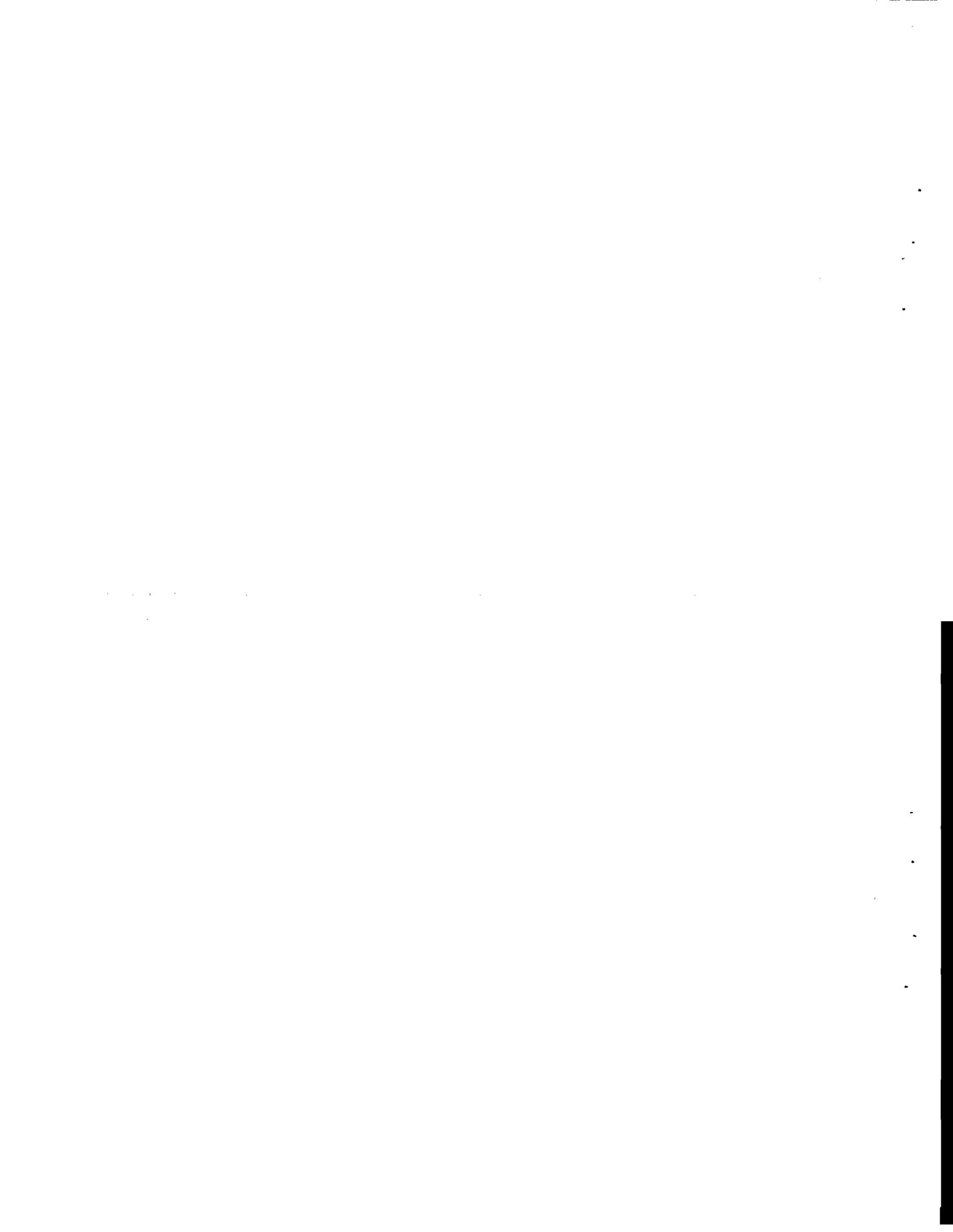
### **Fecundidad, anticoncepción y pobreza**

Teniendo en consideración lo mencionado en la Introducción, se ha propuesto examinar el comportamiento demográfico, sobre todo la fecundidad y la anticoncepción, de la población diferenciada por niveles de pobreza. De acuerdo a las teorías existentes, es de esperar que en los estratos de mayor pobreza la fecundidad es más elevada y la anticoncepción menor. Sin embargo, será de mucho interés determinar los grados de diferencia y el conocimiento y uso de anticonceptivos según métodos, a efectos de diseñar programas destinados a satisfacer las necesidades en el campo de la planificación familiar.

#### **La fecundidad según niveles de pobreza**

La fecundidad es una de las variables más importantes en el crecimiento de la población peruana. Si bien su tendencia ha sido descendente desde fines de los años sesenta, este proceso no se dio en forma homogénea en las áreas urbanas y rurales ni por estratos socio-económicos.

A nivel nacional se observa una Tasa Global de Fecundidad (TGF) de 3.5 hijos por mujer, existiendo una diferencia notable con respecto al área rural, pues aquí la TGF se eleva a 6.2 hijos por mujer, mientras que en el área urbana es de 2.8.



Los niveles actuales, muestran un descenso con respecto al pasado, pero en forma más significativa en las mujeres de estratos socio-económicos más bajos. Una década antes la TGF a nivel nacional era de 5.2 hijos por mujer, es decir hubo una disminución en 1.7 hijos. En el caso del área urbana el descenso fue similar en magnitud que en el caso nacional, habiendo disminuído en 1.2 hijos, cosa que no ocurre en el área rural, pues la TGF se mantiene en un nivel similar desde hace diez años.

Sin duda alguna, el proceso de modernización que trajo aparejado la incorporación de la mujer a la actividad económica, la mayor educación, el retraso de la edad al matrimonio, el mayor uso de métodos anticonceptivos y el aborto, influyó en las aspiraciones de las familias respecto al tamaño de la familia, lo que se evidenció en los cambios experimentados en la fecundidad, sobre todo en los sectores más modernos.

El área rural presenta un atraso en todos los aspectos (económicos, infraestructura, educación, información, cultura y otros) por lo que hay una mayor presencia de hogares pobres. Estos factores estructurales estarían influyendo en el comportamiento reproductivo de las personas de esta área, pues es en esta área donde hay un mayor índice de analfabetismo, sobre todo de las mujeres, y una nupcialidad temprana, factores que han sido asociados al mayor número de hijos. Además, tal como se verá, hay un menor uso de métodos anticonceptivos.

Cuadro Nº 5

**PERU: FECUNDIDAD Y FECUNDIDAD DESEADA SEGUN NIVEL DE POBREZA  
1991-1992**

	Total	No Pobres	Pobres	En miseria
<b>Urbana</b>				
TGF	2.8	1.8	3.3	6.0
Nº ideal de hijos	2.4	2.4	2.4	2.5
<b>Rural</b>				
TGF	6.2	3.0	5.1	8.2
Nº ideal de hijos	2.7	2.5	2.5	2.8
<b>Total</b>				
TGF (1)	3.5	2.0	3.9	6.9
Nº ideal de hijos (2)	2.5	2.4	2.4	2.7
(1) - (2)	1.0	-0.4	1.5	4.2

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-1992



La fecundidad observada según los niveles de pobreza presenta diferencias importantes, encontrándose que las TGF aumentan a medida que la afectación de la pobreza es mayor. No es propósito de este trabajo discutir la direccionabilidad de estas dos variables, pero sin duda, hay una interacción entre ambas y lo importante es establecer asociaciones con las condiciones de vida de la población.

La presencia de un mayor número de hijos facilita la transmisión intergeneracional de la pobreza. Por otro lado, la pobreza influye en una mayor fecundidad porque es en los hogares pobres donde menores oportunidades existen respecto a la educación e información, sobre todo de métodos anticonceptivos, como veremos más adelante.

Como se mencionó anteriormente, la fecundidad ha mantenido su tendencia descendente en todos los estratos socioeconómicos, pero en forma diferenciada, observándose una mayor disminución en los estratos más pobres. Así tenemos que desde 1981 la TGF de la población no pobre descendió en 1.8 hijos, mientras la población pobre disminuyó en 3.5 y la población en miseria en 4.2 hijos<sup>9</sup>.

El descenso de la fecundidad es mayor en los estratos de mayor pobreza, estaría evidenciando que la población no pobre tenía desde hace años una mayor capacidad de control de la fecundidad, puesto que su paridez ya era baja. Este grupo habría iniciado más tempranamente el control de la fecundidad. Caso contrario ocurre en los grupos más empobrecidos donde la disminución en número de hijos es mayor porque su paridez en el pasado también era alta. El impacto de los programas de planificación familiar, en este sentido habría tenido mayor fuerza en estos grupos.

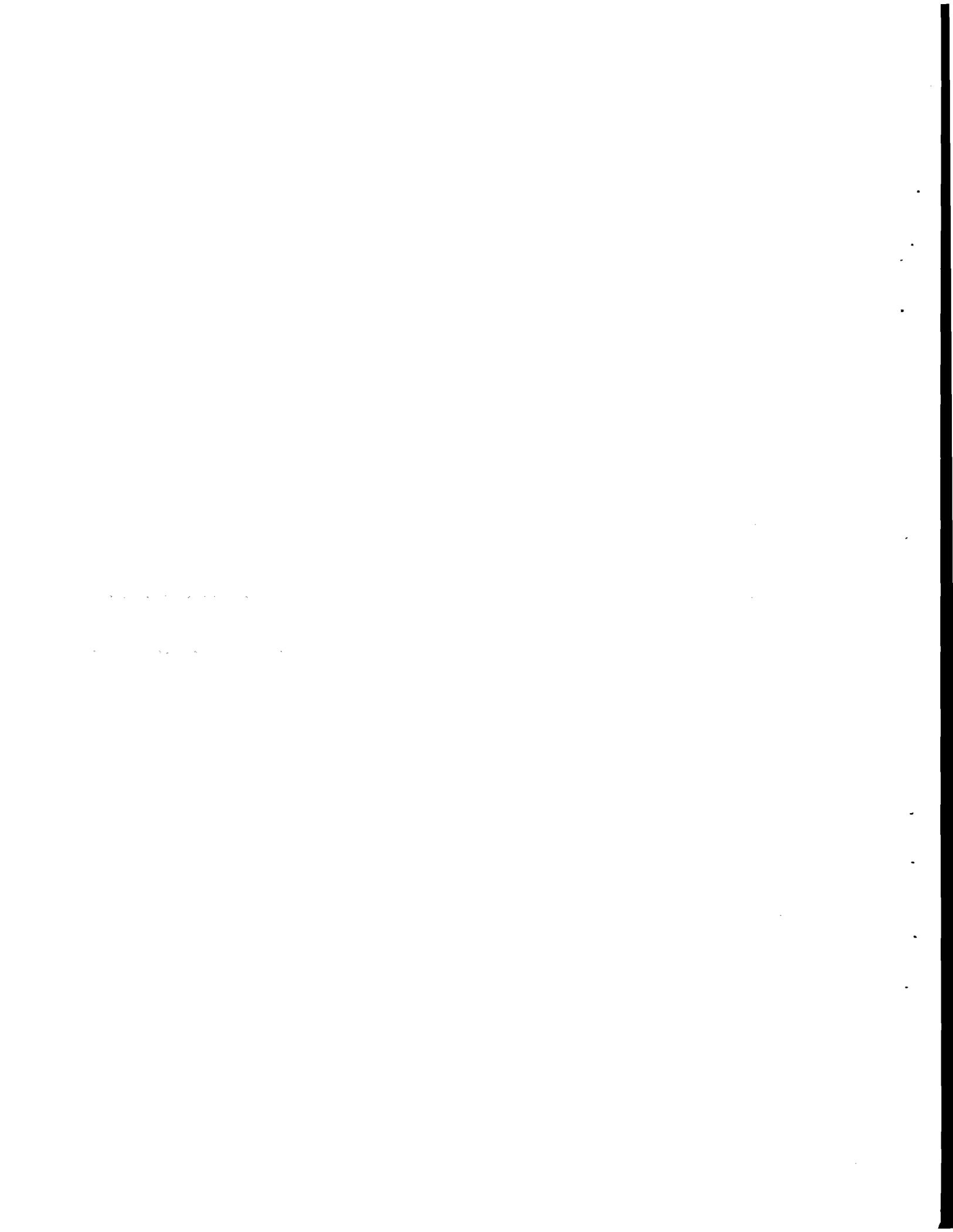
Las altas tasas de fecundidad de los estratos de mayor pobreza no siempre están de acuerdo con el número de hijos deseados. Esto es, si se compara la TGF real con la ideal, se observa una brecha que aumenta a medida que las diferencias sociales y económicas también aumentan (Cuadro 5). El número ideal de hijos<sup>10</sup> representaría el nivel de la fecundidad si las mujeres pudiesen hacer prevalecer sus deseos.

Es en este sentido que al observar las tasas de fecundidad reales con las deseadas encontramos una diferencia promedio de 1 hijo a nivel nacional. Esta diferencia es mayor cuando el nivel de pobreza aumenta encontrándose que en la población en miseria habrían 4.2 hijos "no deseados".

---

<sup>9</sup> La TGF calculada para los estratos de población no pobre, pobre y en miseria para el año 1981, fueron de 3.8, 7.4 y 11.1 respectivamente. PNUD/INP., 1990.

<sup>10</sup> El número ideal de hijos que se presenta es el promedio de hijos declarados como deseados. Se excluyó a las mujeres cuya respuesta está considerada como "otras respuestas".



Esta fecundidad no deseada estaría demostrando, en parte, la presencia de una demanda insatisfecha de programas de planificación familiar, sobre todo en los sectores más empobrecidos, puesto que los sectores no pobres tendrían una mayor capacidad de controlar su fecundidad y lograr sus preferencias reproductivas. Pero sobre todo, los datos expresan que los ideales de fecundidad no son tan diferentes en el Perú, según grupos sociales. Luego, existiría un gran problema de inequidad en el pleno ejercicio de los derechos reproductivos, situación que forma parte del cuadro de pobreza de este país.

Si las mujeres en situación de mayor pobreza pudiesen alcanzar sus ideales reproductivos, las diferencias de la fecundidad entre estos grupos y los no pobres serían mínimas.

En cuanto a la estructura de la fecundidad por edades, el comportamiento también se diferencia según el nivel de pobreza. La fecundidad tiene una cúspide temprana en el caso de las mujeres en miseria, lo que estaría demostrando la presencia de fecundidad temprana, sobre todo en la cohorte de 20 a 24 años. Esta misma estructura nos demuestra que la caída de la fecundidad es más acentuada que en las otras dos (Cuadro 6).

En el caso de las mujeres pobres y no pobres, la curva de la estructura de la fecundidad es dilatada. Se esperaría que cuando el nivel de la fecundidad es menor, su estructura sería más bien temprana. Una posible explicación a esta situación, es el aumento de la edad de la mujer para su inicio en la reproducción, pero se requiere un análisis más profundo y detallado.

La estructura de la fecundidad en el área rural muestra una cúspide más temprana, concentrándose la fecundidad entre las edades de 20 a 24 años. En el área urbana la fecundidad es mayor entre las edades de 25 a 29 años.

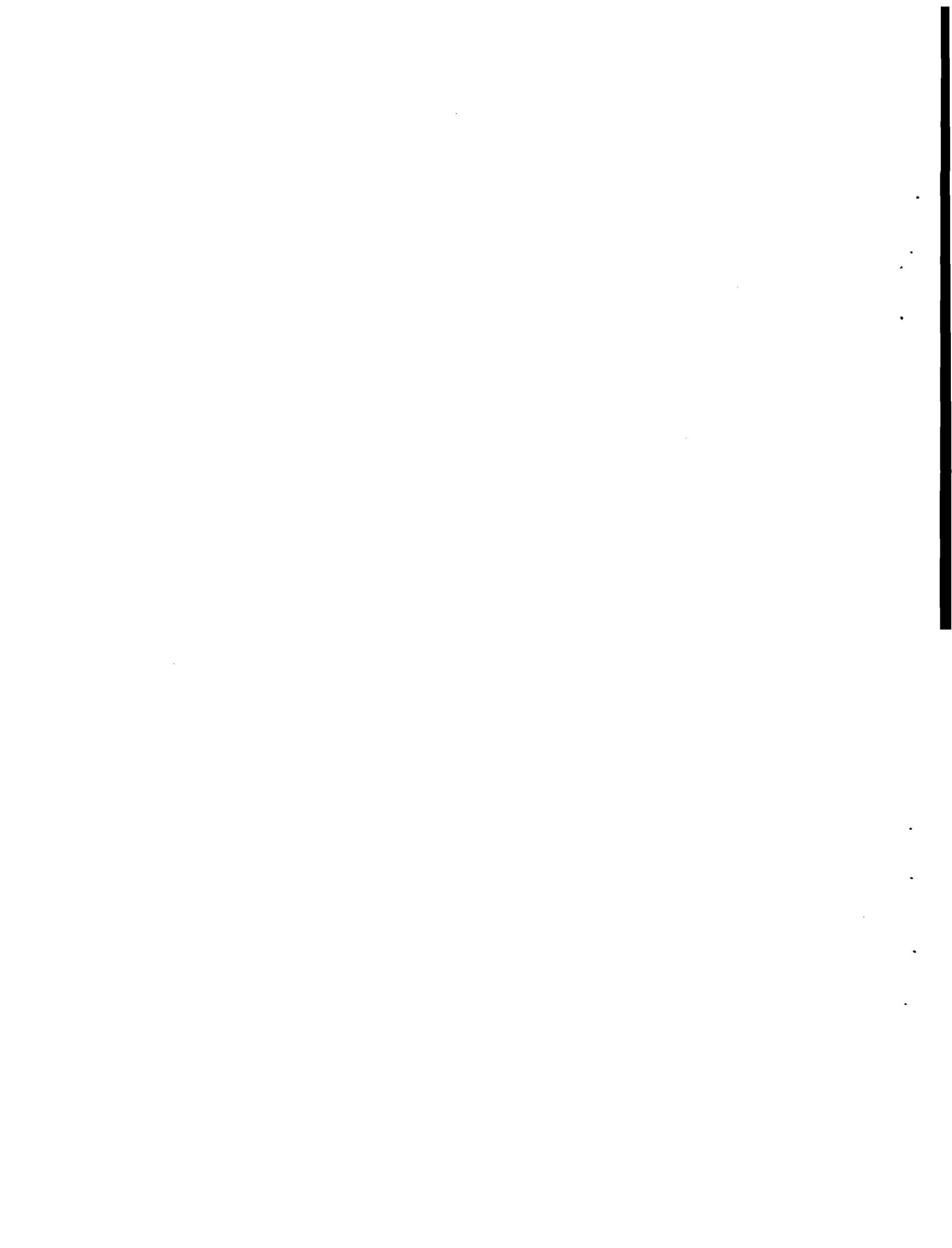


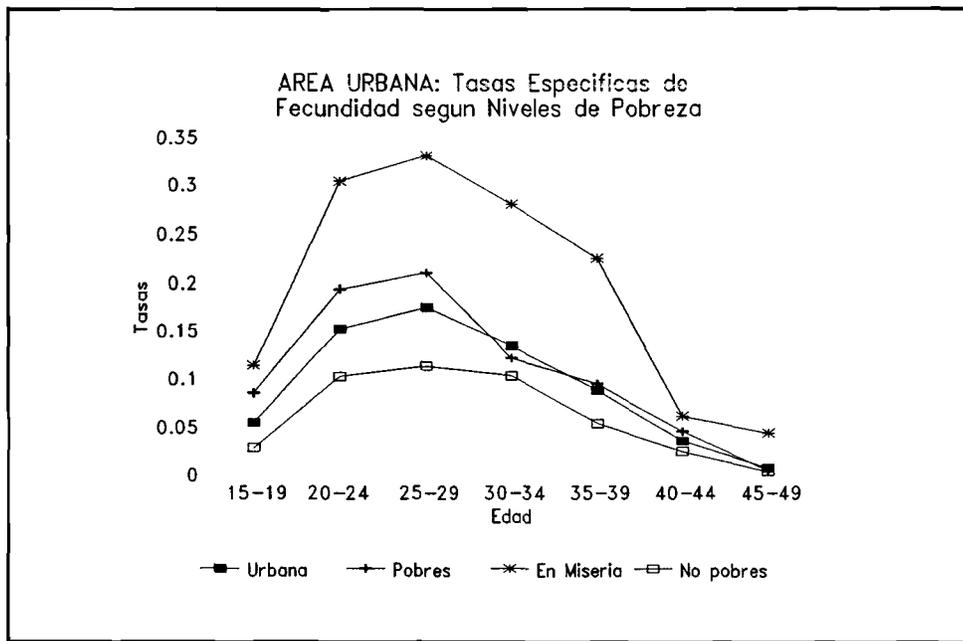
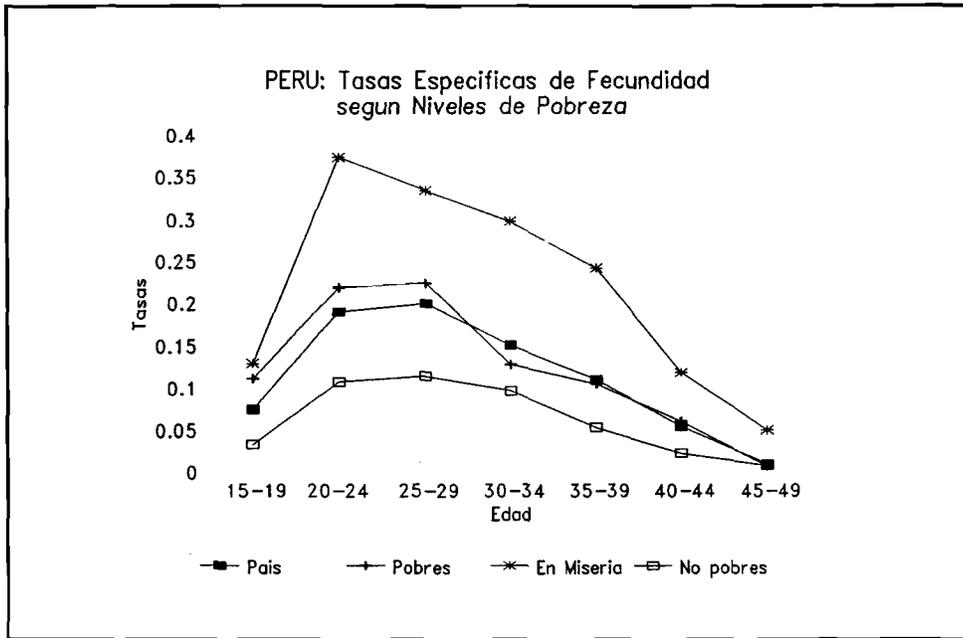
**Cuadro Nº 6**  
**PERU: TASAS ESPECIFICAS DE FECUNDIDAD SEGUN NIVEL DE POBREZA**  
**1991-1992**

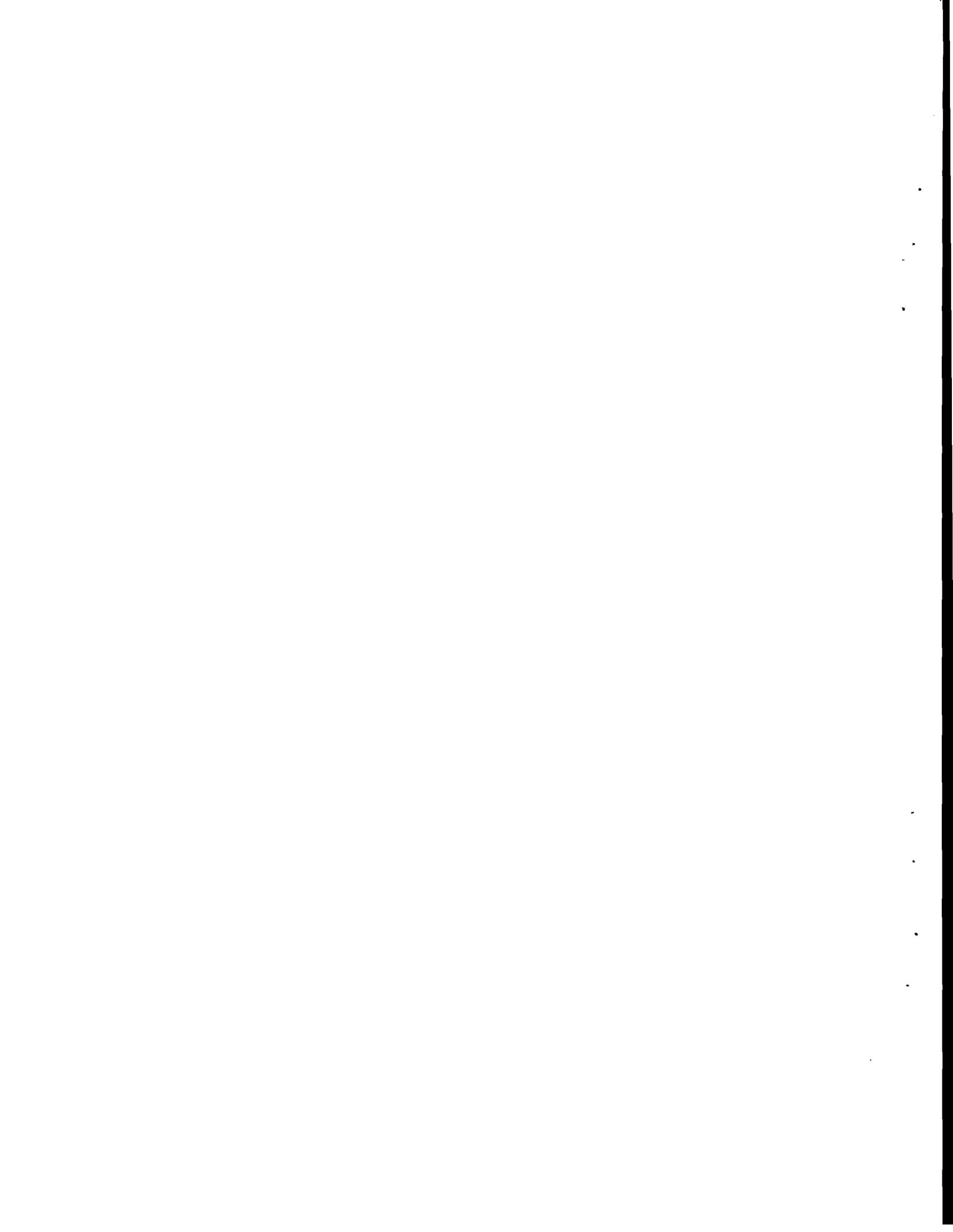
<b>Edades</b>	<b>Total</b>	<b>No Pobres</b>	<b>Pobres</b>	<b>En Miseria</b>
<b>Urbana</b>				
15-19	0.0538	0.0273	0.0843	0.1130
20-24	0.1511	0.1016	0.1927	0.3031
25-29	0.1736	0.1122	0.2100	0.3294
30-34	0.1329	0.1020	0.1212	0.2791
35-39	0.0874	0.0533	0.0937	0.2241
40-44	0.0347	0.0232	0.0445	0.0607
45-49	0.0065	0.0026	0.0038	0.0425
<b>Rural</b>				
15-19	0.1497	0.1046	0.1561	0.1465
20-24	0.3197	0.1943	0.2540	0.4410
25-29	0.2746	0.1545	0.2461	0.3361
30-34	0.2112	0.0725	0.1505	0.3088
35-39	0.1727	0.0700	0.1236	0.2519
40-44	0.1096	0.0116	0.0962	0.1585
45-49	0.0222	0.0000	0.0089	0.0546
<b>Total</b>				
15-19	0.0749	0.0327	0.1111	0.1284
20-24	0.1894	0.1072	0.2183	0.3730
25-29	0.1989	0.1139	0.2235	0.3330
30-34	0.1507	0.0965	0.1279	0.2972
35-39	0.1097	0.0534	0.1047	0.2416
40-44	0.0546	0.0227	0.0606	0.1181
45-49	0.0092	0.0074	0.0064	0.0495

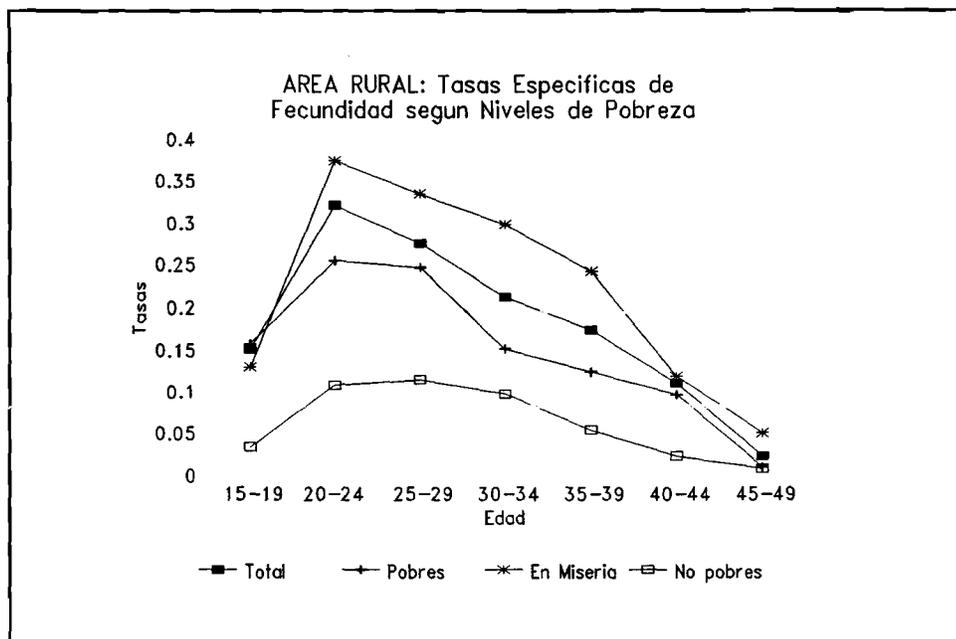
Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-1992

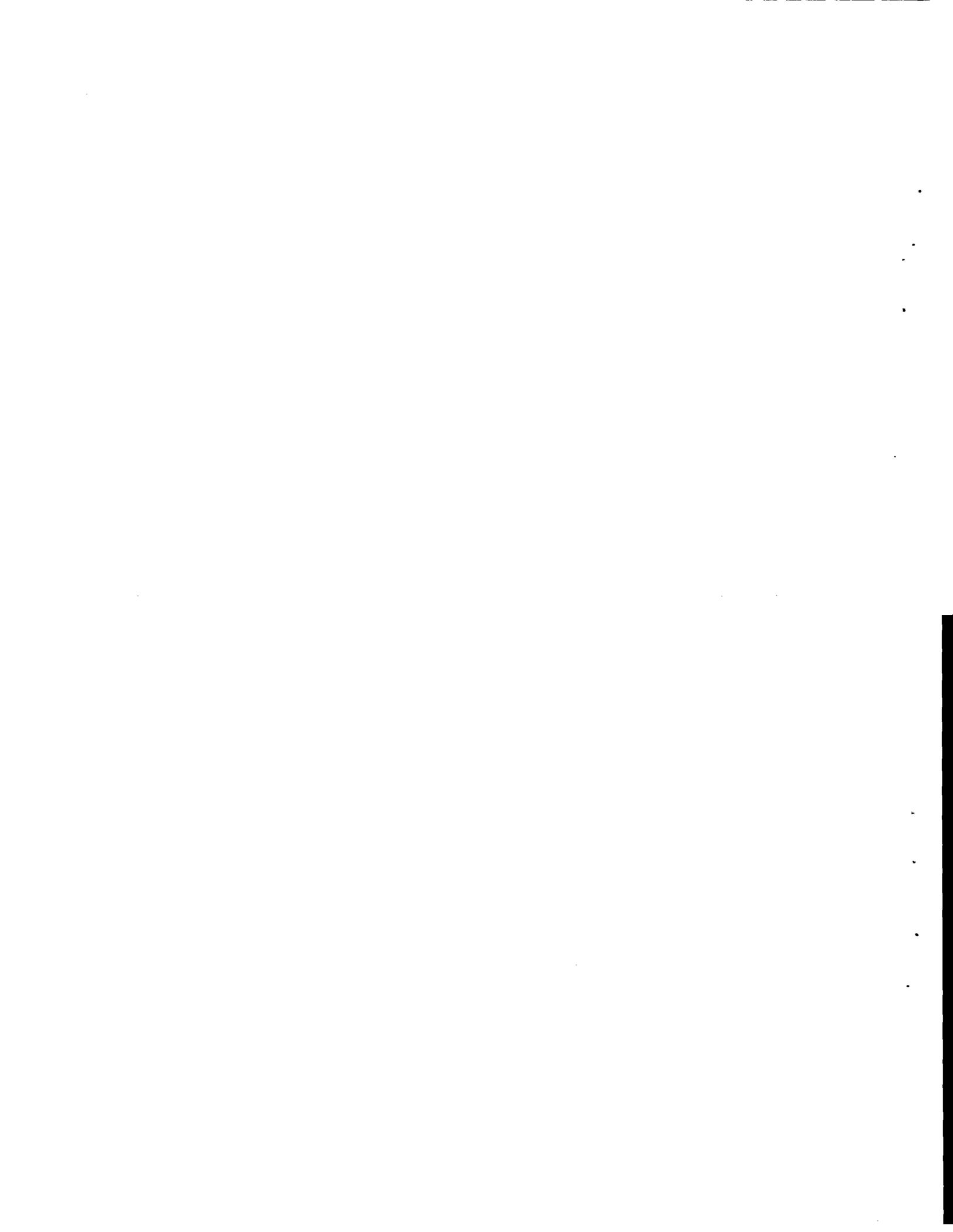












## Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos según Niveles de Pobreza

La variable próxima que con mayor fuerza explicativa se asocia al descenso de la fecundidad es el uso de métodos anticonceptivos. En el Perú, como en el resto de los países latinoamericanos, esta práctica se fue incrementando a partir de los años setenta, donde la presencia de programas de planificación familiar privados facilitaron su difusión.

Un estudio realizado para el Perú<sup>11</sup>, da cuenta de que "el conocimiento y uso de anticonceptivos se ha incrementado notablemente a partir de la segunda mitad de la década de 1970, con mayor énfasis en el grupo de mujeres más jóvenes". Pero, las diferencias urbano-rural y entre grupos socio-económicos también se ponen de manifiesto con respecto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

El Cuadro 7 nos revela que en general, las mujeres peruanas conocen los métodos anticonceptivos en una proporción mayoritaria<sup>12</sup>. Sin embargo, este conocimiento se da en forma heterogénea según se trate de mujeres residentes en el área urbana o rural y según el nivel de pobreza. A nivel nacional el conocimiento que tienen las mujeres en edad fértil respecto a los métodos anticonceptivos se ha incrementado de 88% en 1986 a 95.7% en 1991-1992<sup>13</sup>, lo que responde a una mayor difusión de los métodos, por parte de los programas de planificación familiar tanto del Estado como del sector privado.

Existe una diferencia sustancial entre las áreas urbanas y rurales respecto a este indicador, variando según el método de que se trate, pero encontrándose que en áreas regiones la píldora, el DIU y el ritmo son los más conocidos (Cuadro 7).

Cabe señalar que el conocimiento de métodos anticonceptivos no es homogéneo entre los grupos sociales, siendo las mujeres en situación de miseriales que poseen un conocimiento menor de cualquier método.

---

<sup>11</sup> LOZA, Gloria y VALLENAS, Guillermo. Uso y demanda de métodos anticonceptivos en el Perú. DHS/CELADE. Santiago, Chile. 1992

<sup>12</sup> El conocimiento de métodos anticonceptivos está referido al reconocimiento del método por el nombre o por una idea de su uso, por parte de las entrevistadas.

<sup>13</sup> LOZA y VALLENAS. Op. cit



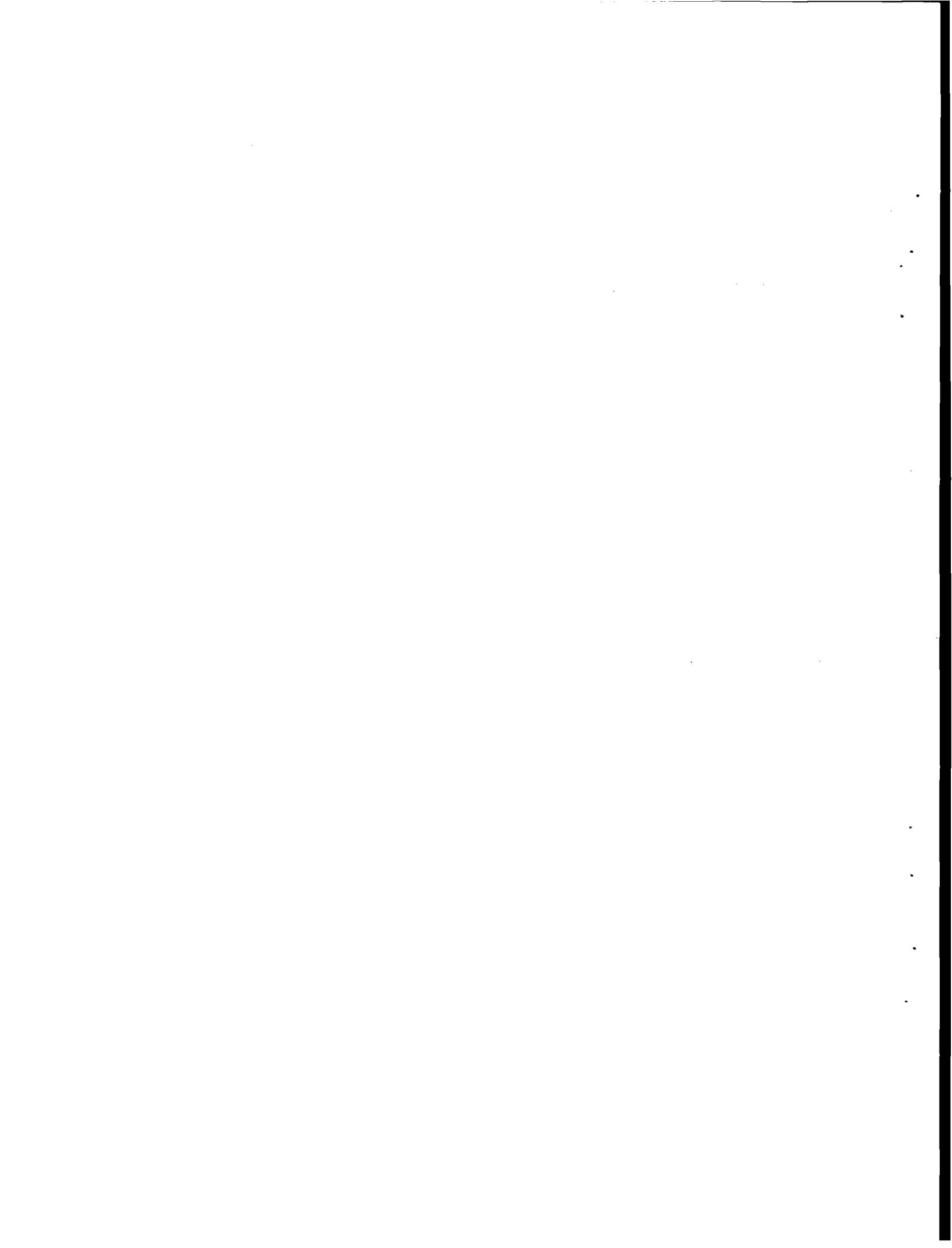
Cuadro Nº 7

**PERU: PROPORCION DE MUJERES EN EDAD FERTIL SEGUN CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN NIVEL DE POBREZA, 1991-1992**

<b>Métodos</b>	<b>Total</b>	<b>No Pobres</b>	<b>Pobres</b>	<b>En Miseria</b>
<b>Urbana</b>				
Píldora	94.0	95.7	92.7	88.6
DIU	91.0	92.8	89.4	85.7
Inyecciones	81.9	82.4	82.9	77.3
Diafragma	69.5	74.1	65.7	55.6
Condón	87.9	92.3	84.0	75.7
Esteril-mujer	85.5	87.9	83.6	78.0
Esteril-hombre	58.7	66.9	50.3	37.6
Abstinencia	88.3	90.8	87.2	78.9
Retiro	56.3	61.0	52.8	41.5
Otro	21.1	19.9	23.3	22.2
<b>Rural</b>				
Píldora	69.7	83.5	68.7	66.4
DIU	60.5	77.4	59.9	55.8
Inyecciones	59.4	73.8	58.1	55.9
Diafragma	33.0	55.1	32.3	26.7
Condón	46.6	69.9	45.8	40.0
Esteril-mujer	60.6	77.8	60.8	55.0
Esteril-hombre	23.4	36.4	22.9	19.9
Abstinencia	66.2	78.9	67.5	61.2
Retiro	30.6	45.7	28.5	27.7
Otro	18.5	20.9	19.0	17.4
<b>Total</b>				
Píldora	88.5	94.9	85.4	77.2
DIU	84.1	91.8	80.5	70.5
Inyecciones	76.8	81.8	75.4	66.4
Diafragma	61.3	72.8	55.6	40.9
Condón	78.6	90.8	72.5	57.5
Esteril-mujer	79.9	87.2	76.8	66.3
Esteril-hombre	50.7	64.9	42.0	28.5
Abstinencia	83.3	90.0	81.2	69.9
Retiro	50.5	60.0	45.5	34.5
Otro	20.5	20.0	22.0	19.8

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-1992

El conocimiento de los métodos anticonceptivos por parte de las mujeres no significa que sean aplicados. La prevalencia actual de



métodos anticonceptivos<sup>14</sup>, se ha incrementado respecto a la encuesta anterior (1986) al aumentar de un 28 a un 35.7% la cantidad de mujeres en edad fértil usuarias de algún método anticonceptivo<sup>15</sup>. En el caso de las mujeres unidas la tasa de prevalencia se incrementó de 45.8% a 59% en los mismos años mencionados.

Las mujeres que se encuentran usando algún método anticonceptivo, según sea su nivel de pobreza o su residencia urbana o rural, también mantienen algunas distinciones (Cuadro 8). A nivel nacional, sólo el 59% de las mujeres unidas usan algún método anticonceptivo, observándose que hay una prevalencia mayor en el caso de las mujeres urbanas (66.1%) que las mujeres rurales (41.1%).

Por otro lado, en el mismo Cuadro 8 se observa que existe un porcentaje mayor de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres no pobres.

**Cuadro Nº 8**

**PERU: MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS SEGUN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, SEGUN NIVEL DE POBREZA, 1991 - 1992**

	TOTAL	No Pobres	Pobres	En Miseria
<b>Urbana</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
Uso	66.1	70.4	64.7	54.4
No uso	33.9	29.6	35.3	45.6
<b>Rural</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
Uso	41.1	57.1	38.3	39.0
No uso	58.9	42.9	61.7	61.0
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
Uso	59.0	69.2	55.9	45.8
No uso	41.0	30.8	44.1	54.2

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-1992

También se observa que la prevalencia de métodos anticonceptivos varía de acuerdo a los estratos en estudio. Es así que a nivel nacional, los estratos de población no pobre tienen una mayor

<sup>14</sup> Calculado en base a las mujeres que declararon haber usado un método y no se encontraban embarazadas en el momento de la entrevista

<sup>15</sup> LOZA y VALLENAS. Op.cit



prevalencia de uso de métodos anticonceptivos sin distinción de métodos, por su capacidad de información y acceso a los mismos. Sin embargo, se observa un mayor uso de métodos modernos como el DIU (25.3%), esterilización femenina (16.1%) y la píldora (9.7%). Es importante destacar que aún en este grupo, la abstinencia por el calendario ("el ritmo") es el más usado (Cuadro 9).

Los pobres representan el segundo grupo que tiene una mayor prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos, siendo el método más usado el ritmo, a pesar que es un método con una alta tasa de falla. Los grupos de mayor pobreza en su mayoría usan este método para el control de los embarazos (35.0% en el caso de las mujeres pobres y 45% las mujeres en miseria). Los métodos modernos pierden importancia los métodos modernos pues los métodos tradicionales tienen una mayor presencia.

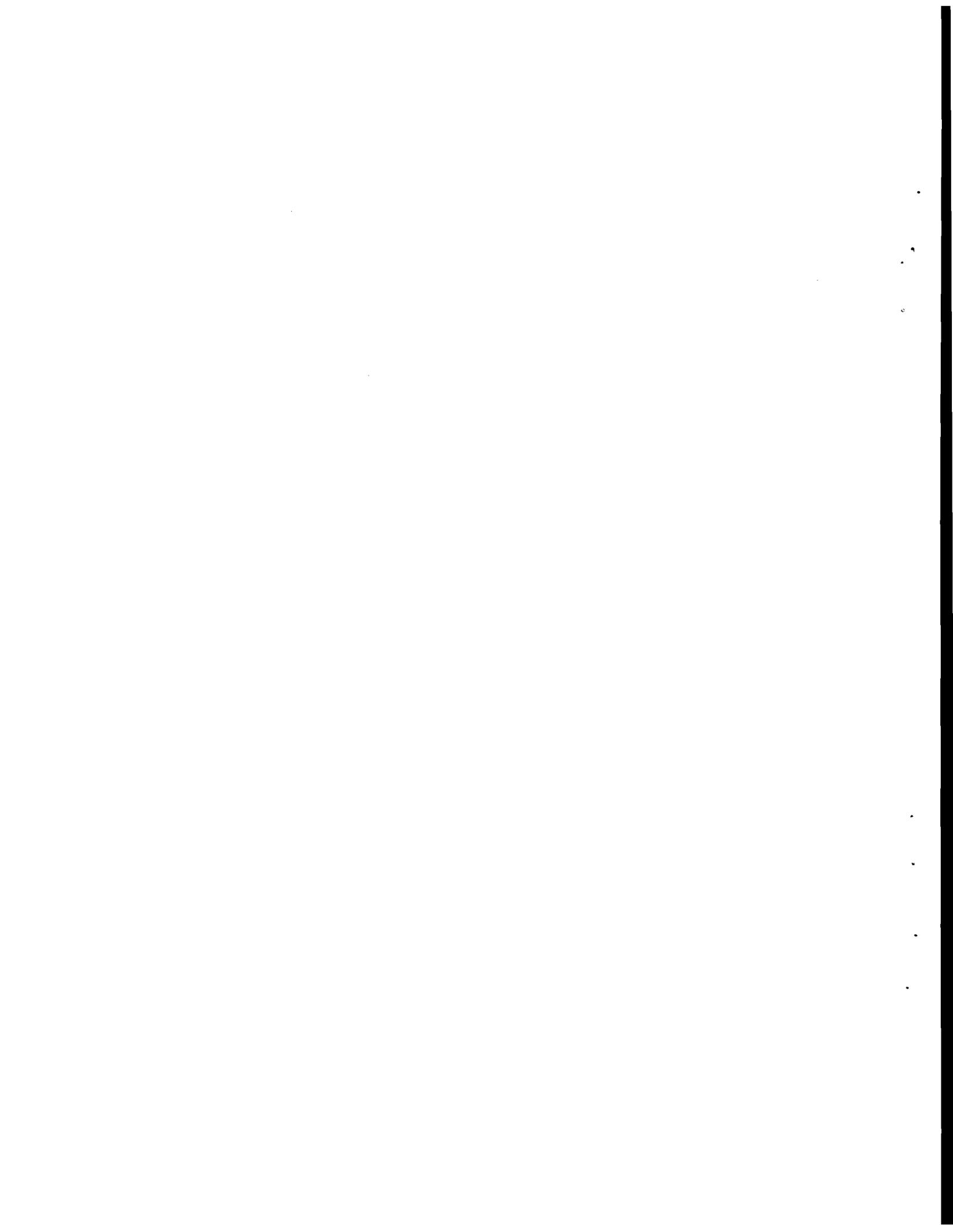
Según el área de residencia, el uso de métodos anticonceptivos se diferencia no sólo porcentualmente, sino en cuanto al tipo de método usado. Es así que en el área urbana hay cierta homogeneidad en cuanto al método usado en los diferentes niveles de pobreza, encontrándose que en la población en miseria hay una mayor presencia de esterilización femenina.

En el área rural las mujeres en mejor situación socio-económica presentan mayores porcentajes de uso de métodos anticonceptivos modernos. Por otro lado, más de la mitad de las mujeres en situación de mayor pobreza usan métodos tradicionales, especialmente el ritmo.

Cabe llamar la atención respecto al considerable porcentaje de mujeres de todos los estratos que usan métodos tradicionales, especialmente el ritmo, lo que haría suponer que el descenso de la fecundidad todavía se dará en un largo plazo, porque interesa no sólo la mayor prevalencia de métodos, sino de métodos eficaces.

Si al grupo de mujeres usuarias de métodos tradicionales, se suman las mujeres que no usan métodos (41%), la proporción de no usuarias se acrecienta, por lo que la fecundidad tardará en disminuir. Respecto a este último grupo, las mujeres declararon como primera causa de no uso de métodos anticonceptivos, los temores a los daños a la salud, lo que estaría evidenciando desinformación respecto a los mismos.

En resumen, las mujeres urbanas y las no pobres son las que presentan bajos niveles de fecundidad, asociados a una mayor prevalencia de métodos anticonceptivos sobre todo eficaces. Las mujeres rurales y en pobreza tienen un porcentaje de uso menor, presentando los niveles de fecundidad elevados. No obstante, este comportamiento no representa, como se vio anteriormente, el deseo de las mujeres de un menor número de hijos. El acceso a información y servicios de planificación familiar lograrían aproximar la



fecundidad deseada con la real, especialmente de las mujeres de los grupos sociales más desfavorecidos.

Sin embargo, es necesario señalar que la prevalencia actual de métodos anticonceptivos es baja, sobre todo en lo referente a métodos modernos, situación que no correpondería a un descenso tan pronunciado de los niveles de la fecundidad. El aborto sería la variable intermedia que podría estar influyendo en este proceso.

**Cuadro Nº 9**

**PERU: PROPORCION DE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS SEGUN USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGUN NIVEL DE POBREZA, 1991-1992**

Métodos	Total	No Pobres	Pobres	En Miseria
<b>Urbana</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
Píldora	9.9	9.6	10.0	10.3
DIU	25.3	25.7	25.8	21.9
Inyecciones	3.2	2.7	3.9	3.7
Diafragma	1.7	1.8	1.7	1.3
Condón	5.3	5.6	5.1	4.5
Esteril-mujer	14.6	16.2	11.7	14.0
Esteril-hombre	0.2	0.3	0.0	0.6
Abst.calendario	31.9	31.7	31.6	33.1
Abst.moco cerv.	0.2	0.2	0.1	0.0
Abst.temperatura	0.1	0.2	0.0	0.0
Retiro	5.6	4.4	7.4	7.1
Otro	2.1	1.6	2.6	3.5
<b>Rural</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
Píldora	8.9	11.1	10.5	6.8
DIU	12.1	19.4	13.3	8.4
Inyecciones	3.5	5.2	3.6	2.8
Diafragma	1.6	4.4	0.8	1.1
Condón	3.0	4.5	2.4	2.8
Esteril-mujer	8.5	14.7	7.1	7.1
Esteril-hombre	0.1	0.6	0.0	0.0
Abst.calendario	47.0	30.8	46.2	53.9
Abst.moco cerv.	0.1	0.0	0.3	0.0
Abst.temperatura	0.0	0.0	0.0	0.0
Retiro	10.1	7.1	10.6	11.0
Otro	5.1	2.3	5.3	6.0



<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
Píldora	9.7	9.7	10.2	8.6
DIU	22.6	25.3	22.9	15.5
Inyecciones	3.3	2.9	3.8	3.3
Diafragma	1.7	2.0	1.5	1.2
Condón	4.8	5.5	4.5	3.7
Esteril-mujer	13.4	16.1	10.6	10.8
Esteril-hombre	0.2	0.3	0.0	0.3
Abst.calendario	34.9	31.6	35.0	43.0
Abst.moco cerv.	0.2	0.2	0.2	0.0
Abst.temperatura	0.1	0.2	0.0	0.0
Retiro	6.5	4.6	8.1	8.9
Otro	2.7	1.6	3.3	4.7

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1991-1992

### Conclusiones

- Según la información proporcionada por la Encuesta Demográfica y de Salud 1991-1992, la pobreza alcanza al 52.6% de los hogares peruanos. Pero donde las cifras son alarmantes es en el área rural donde el 85.9% de los hogares tienen necesidades básicas insatisfechas. Las causas de la pobreza son múltiples, siendo de origen estructural la pobreza rural, debido a que se relaciona con la organización misma del sistema de producción. La pobreza urbana se incrementó por el deterioro de los salarios y el mayor desempleo, producto de las sucesivas crisis económicas. Es necesario considerar, sin embargo, que las estimaciones para la década del 90, basadas en la Encuesta de Niveles de Vida, muestran un descenso en los niveles de pobreza, la que según esta fuente serían en la actualidad del 46%.

- Las características demográficas son diferenciales según el nivel de pobreza, asociándose una mayor fecundidad a la población con mayores desventajas socio-económicas. Mientras que la población no pobre tiene una TGF de 2 hijos por mujer, la población en miseria alcanza los 6.9 hijos por mujer. Si se considera la fecundidad por lugar de residencia y estratos socio-económicos, las mayores diferencias se dan entre la TGF de la población urbana no pobre (1.8 hijos por mujer) y la población rural en miseria (8.2 hijos por mujer).

- La mayor fecundidad en la población pobre no significa que sea concordante con sus deseos reproductivos, encontrándose inequidad entre la fecundidad real y la fecundidad deseada. Esta situación evidencia la existencia de un grupo poblacional que constituye una demanda insatisfecha por programas de planificación familiar.

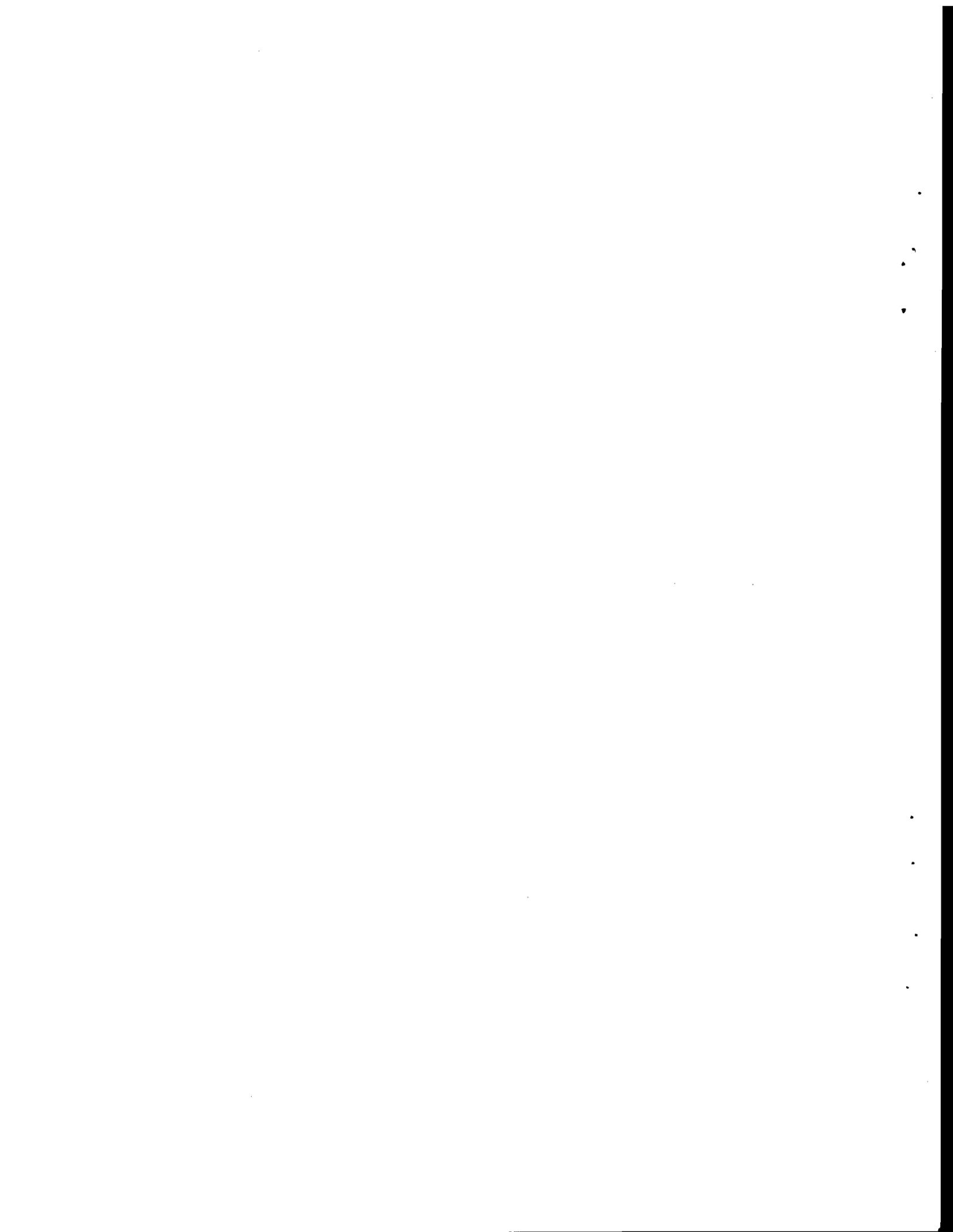
- Las diferencias en los niveles de la fecundidad están fuertemente asociadas a la prevalencia de métodos anticonceptivos, encontrando



que existe una mayor prevalencia de métodos, sobre todo modernos y eficaces, en los grupos de mayor status socio-económico, posiblemente por las mejores oportunidades de información y acceso a métodos anticonceptivos. Mientras que los grupos más vulnerables tienen una prevalencia menor y en métodos tradicionales.

- Los niveles bajos de la fecundidad no corresponden al porcentaje de mujeres usuarias de métodos anticonceptivos modernos, por lo que se presume que es el aborto la variable que puede explicar estos niveles.

- Las políticas sociales, especialmente las políticas de población, deben ir orientadas a acortar las diferencias en el comportamiento reproductivo de la población pobre y no pobre, con la finalidad de asegurar el pleno ejercicio de sus derechos reproductivos.



## Bibliografía

- CEPAL. El desarrollo sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente. Santiago, Chile. 1991
- CEPAL/CELADE. Población, Transformación Productiva y Equidad. Santiago, Chile. 1993
- CONAPO. Programa Nacional de Población 1991-1995. Lima, Perú. 1991.
- FERRANDO, Delicia y ARAMBURU, Carlos E. "La transición de la fecundidad en el Perú. En: Notas de Población N° 56. Santiago, Chile. 1992.
- FONCODES. "FONCODES: Nota Mensual N° 10". Lima, Noviembre 1994.
- FLORES MEDINA, Rosa. "Aspectos Metodológicos para la determinación de las líneas de Pobreza". FONCODES. Lima, 1995.
- INEI. Perú: Censo Nacional de Población 1993. Lima. 1994.
- INEI. Perú: Necesidades Básicas Insatisfechas de los hogares a nivel distrital. Resumen Ejecutivo. Lima. 1994.
- JIMENEZ, Orlando. Et.al. La incorporación de las variables demográficas en las políticas sociales para la superación de la pobreza. CELADE. Programa Global de Formación en Población y Desarrollo. Santiago, Chile. 1994
- KAZTMAN, Rubén. "La heterogeneidad de la pobreza. El caso de Montevideo". En: Revista de la CEPAL N° 37. Santiago. 1989.
- LOZA, Gloria y VALLENAS, Guillermo. Uso y demanda de métodos anticonceptivos en el Perú. DHS/CELADE. Santiago, Chile. 1992
- MARTINEZ, Jorge. "Algunas interrelaciones entre la pobreza y la dinámica demográfica". En: CELADE. Dinámica demográfica de la pobreza. LC/DEM/R.206. Santiago, Chile. 1994.
- MUNDIGO, Axel. "Los programas de planificación familiar y su función en la transición de la fecundidad en América Latina". En: Notas de Población. N° 55. Santiago, Chile. 1992.
- PNUD/INP. Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza. La Pobreza en el Perú. Diagnóstico y Propuestas de Políticas. 1990
- UTHOFF, Andras. Interrelaciones entre población y desarrollo. Bases para una política de población. Seminario sobre población y desarrollo del Istmo Centroamericano. Nicaragua. 1989

